

Warszawa. Sierpień 1890.

Ukazało się, acz spóźnione w stosunku do lat poprzednich, sprawozdanie roczne o ruchu ludności m. Warszawy. W przysłym numerze podamy główne szczegóły z niego. Obecnie zaznaczamy tylko, że liczba dzieci żywo urodzonych wynosiła 22125, że na rok i na 1000 ludności stosunek noworodków wypadł 49,64, a więc niemal o 12 na 1000 większy od przeciętnej z ostatnich lat dwunastu; że za to śmiertelność wyniosła 14,104 czyli 31,6 w stosunku na rok i na 1000 ludności.— Najjaskrawiej wszakże zarysowuje się cyfra śmiertelności z chorób nagminnych, stanowiących, jak wiadomo, rodzaj miary stanu higienicznego danej miejscowości. Liczba zmarłych na te choroby wynosi, odliczywszy skrupulatnie wyłączonych przez p. Załęskiego zmarłych przyjezdnych, 2323, co w stosunku do zmarłych stałych mieszkańców miasta wynosi niebywałą w Europie w nowszych czasach odsetkę 17,8%. Jeszcze wydatniej występuje stosunek ten w pewnych miesiącach; w październiku naprzykład, w którym choroby pomórkowe doszły do kulminacyjnego punktu, śmiertelność z powodu takowych stanowiła trzecią część ogólnej liczby zmarłych w tym miesiącu.

Przy tej sposobności—nie pierwszy to już raz—zapytać możemy, jaki cel w istocie ma, przy formowaniu różnych tabeli śmiertelności, odliczanie zmarłych przyjezdnych. Jeżeli celem tego jest sztuczne zmniejszanie śmiertelności, to cel ten jest szkodliwy, a wreszcie dopiąć go nie można, bo fałsz bardzo łatwo się spostrzega. Wszelka dowolność w opracowaniu materiału statystycznego jest naganną, a tem bardziej wprowadzanie w błąd tam, gdzie naga prawda najpożyteczniejszą bywa. Wszakże, chcąc być konsekwentnym, wypadłoby doliczać do zmarłych mieszkańców Warszawy i tych, którzy po za Warszawą (na wsi, u wód, za-granicą) umierają; a co ważniejsza, trzeba by systemat meldunkowy mieć idealny, co wszakże niemożliwym jest w wielkim mieście. Przyjęcie zaś takiego „dowolnego“ systematu ten głównie tylko skutek posiada, że kto chce się dowiedzieć o istotnej śmiertelności w Warszawie, musi z publikowanych materiałów sam ją sobie obliczyć, albo

zajrzeć do listy drukowanej, układanej w Petersburgu, w Berlinie i t. p. Następujący jeszcze drobny ale śmieszny fakt niech nam będzie wolno o statystyce tej przytoczyć. Od wielu lat w rubryce chorób „częściej się wydarzających“ p. Załęski, niebaczny na liczne uwagi prasy, drukuje „Anaemia perniciosa“ w miesięcznych wykazach. Otóż, tej zgubnej, a według p. Załęskiego często się wydarzającej choroby, tak mało zaszło wypadków, że w rocznem sprawozdaniu już do zera się zredukowała. Podajemy to tylko jako przykład nomenklatury, która bezwzględnie wymaga ulepszeń.

NOWOCZESNE
URZĄDZENIA SZPITALNE
DLA CHORYCH NA OCZY,
tudzież uwagi ogólne, dotyczące
BUDOWY SZPITALI.

Skreślił

Dr Med. **Br. Ziemiński**, Okulista w Warszawie.

Dla chrześcijańskiej ludności Warszawy oraz wszystkich gubernij Królestwa i sąsiednich powiatów Litwy, Wołynia i Podola istnieje jedyny zakład leczniczy, dający schronienie chorym ocznym: jest nim „Instytut Oftalmiczny imienia ks. Edwarda Lubomirskiego“ w Warszawie. Pomieścić on może 80 pensjonarzy¹⁾; etat zaś tego Zakładu ustanowiono na 50 pensjonarzy.

Instytut Oftalmiczny przez rok cały jest przepelniony pacjentami tak, że Rada Miejska Dobroczynności Publicznej zmuszoną była w r. 1886 pozwolić Zarządowi Szpitala przyjmować nad tę normę tylu chorych, ile to okaże się możebnem: przeciętna liczba chorych ocznych w każdym dniu roku wynosi nie mniej niż 60, a w pewnych porach roku, np. w listopadzie 1889 r. notowano w niektórych dniach po 70, 71 a na-

¹⁾ Raport b. Inspektora szpitali warszawskich D-ra Beckera z r. 1872.

wet 72 ¹⁾ pacjentów, zamieszkałych w Instytucie.

Mimo to Instytut zmuszony jest dawać corocznie znaczną liczbę odmownych biletów; w r. 1888 dano takich biletów 104, w r. 1889 zaś 188. Nadmienić trzeba, że w obu tych latach prawie przez dwa miesiące Zakład nie przyjmował stałych chorych z powodu odnawiania sal, a w roku bieżącym (1890) do dnia 1 marca dano już 58 odmownych biletów. Podana liczba nie daje dostatecznej miary o ilości odmów, udzielonych chorym, proszącym o przyjęcie do zakładu, gdyż odmowne bilety wręczane bywają tym jedynie pacjentom, którzy z jakichkolwiek powodów biletu takiego żądają. Wreszcie z powodu ciągłego przepełnienia Instytutu choremi, ordynatorowie zmuszeni są ograniczać się bardzo w przyjmowaniu pacjentów, kwalifikujących się zresztą do przyjęcia, tak, że przyjmowani bywają prawie wyłącznie chorzy dla operacji, inni zaś muszą poprzestać na ambulatoryjnym leczeniu, które nie może, w najlepszym razie, zwłaszcza w ciężkich przypadkach, dorównać leczeniu w stałym oddziale szpitalnym.

Z innych szpitali warszawskich — prócz Szpitala Żydowskiego oraz Szpitali dziecinnych — jedynie w Szpitalu Dzieciątka Jezus udzielaną bywa stała pomoc lekarska, ale to wyłącznie ambulatoryjnie, tu nadto wyłącznie dla osób, w gmachu szpitalnym zamieszkałych.

Przy szpitalu Dzieciątka Jezus istnieje t. z. Dom Wychowawczy, złożony z oddziału dla niemowląt i z oddziału dla starszych dzieci. Będąc czynnym prawie od dwóch lat w charakterze konsultanta dla chorób ocznych w Szpitalu Dz. Jezus, w raportach, podawanych p. Naczelnemu Doktorowi, notowałem na rok przeciętnie po 150 chorych

na oczy niemowląt i 82 pacjentów z oddziału starszych dzieci; u niemowląt przeważa blennorrhoea conjunctivae, a u starszych dzieci trachoma.

[W r. 1888 liczba dzieci chorych na oczy była znacznie większa i tylko wskutek ścisłej opieki lekarskiej i higienicznych zarządzeń, zaprowadzonych za wstawieniem się kol. Polaka i mojem, przez p. Kuratora szpitala t. r. Wiłujewa i p. Naczelnego Doktora, stan zdrowotny, co do oczu, obecnie o wiele polepszył się.]

Prócz tych 232-ch chorych ocznych, notowałem w raportach rocznie około 100 osób dorosłych chorych na oczy, rekrutujących się z pacjentów, przebywających na salach różnych oddziałów szpitalnych, oraz ze służby i administracyi szpitalnej.

Ogółem w r. 1889 leczyłem ambulatoryjnie w Szpitalu Dz. Jezus 332 chorych ocznych. Liczba ta o tyle nie odpowiada istotnemu stanowi rzeczy, że wszelkie ciężkie przypadki oczne, jakie spotyka się na salach szpitalnych, ordynatorowie albo wprost, w miarę możliwości, przepisują do Instytutu Oftalmicznego, albo też chorych takich wypisują, jak można najprędzej, ze szpitala, gdyż tu, niestety! nie mają odpowiedniego pomieszczenia, leżąc na jaskrawo oświetlonych salach.

Przepełnienie choremi Instytutu Oftalmicznego, znaczna, z każdym rokiem wzrastająca, liczba odmów, dawanych przez tenże Instytut chorym ocznym, kwalifikującym się do przyjęcia do Zakładu, oraz stosunkowo znaczna liczba ocznych pacjentów w Szpitalu Dz. Jezus, zmusza w logicznej konsekwencji do wygłoszenia opinii, że należałoby albo rozszerzyć istniejący już zakład oczny, a co najmniej na stałe zwiększyć etat Instytutu Oftalmicznego aż do maksymalnej liczby chorych, mogącej znaleźć tam pomieszczenie, albo też otworzyć osobny oddział oczny w jednym ze szpitali warszawskich.

²⁾ W tej liczbie 12 łóżek, któremi rozporządza Uniwersytecka Klinika Oczna, umieszczona w Instytucie Oftalmicznym.

Gdzieindziej pamiętano, aby w każdym ogólnym szpitalu miejskim wyznaczyć osobne pomieszczenie dla ocznych chorych.

Zresztą wypada przypomnieć, że i w Szpitalu Dz. Jezus istniał do r. 1874 osobny oddział oczny, który, jak widać ze sprawozdań za lata 1870—1874, zajmował cztery sale (dwie męskie i dwie żeńskie) z 20 łózkami dla mężczyzn i 21 dla kobiet; oddział ten był zawsze zapełniony, mimo że na nowo w r. 1870 otwarty Instytut Oftalmiczny nie wykazywał w swych raportach miejsc wolnych.

Jak znaczny zaś był w ostatnich dwudziiesiątkach lat przyrost ludności m. Warszawy i Królestwa Polskiego wykazuje następujące zestawienie, oparte na danych urzędowych ¹⁾:

	Ludność Warszawy	Ludność Król. Polsk.
w roku 1870	261349	6078564
„ 1872	269241	6366192
„ 1874	279504, a w ro-	
a w dniu 1	ku 1885	7960304
stycznia 1890	455852	

[Spis ludności Królestwa Polskiego z następnych lat nie został dotąd (10. V. 1890) urzędowo opublikowany.]

P. Tadeusz Zaleski podaje w Encyklopedji Handlowej (zeszyt XI z r. 1890) ludność Królestwa Polskiego na 8165800.

Dokładne rozpatrzenie ustroju stosunków szpitalnych, dotyczących pacjentów ocznych, pozwala sądzić, iż wkrótce Zarząd Szpitali nie omieszka skutecznie zaradzić w tak nagłej potrzebie, że debaty nad obmyśleniem nowego pomieszczenia dla chorych ocznych niebawem rozpoczną się, a wówczas poniżej podana praca bez pożytku nie pozostanie.

¹⁾ Za udzielenie tych danych czuję się w obowiązku złożyć podziękowanie p. Załęskiemu, naczelnikowi wydziału statystycznego w Magistracie m. Warszawy.

Oddawna już uznano potrzebę odosobnienia w szpitalach pacjentów z cierpieniami chirurgicznymi od chorych z cierpieniami wewnętrznymi. Z biegiem czasu coraz silniejszą stała się dążność przedstawicieli wiedzy lekarskiej do rozmieszczania w osobnych budowlach odrębnych grup pacjentów. Utworzono osobne oddziały dla umysłowo chorych, dla chorób wenerycznych i skórnych, dla chorób dzieci, dla położnic, dla ozdrowieńców, dla chorób, wymagających leczenia ortopedycznego i innych. Choczy tacy, pomieszczeni w osobnych budowlach, pod osobnem kierownictwem lekarskiem i we właściwych danej kategorii chorób warunkach higienicznych, o wiele prędzej i pewniej dochodzą do zupełnego lub przynajmniej względnego zdrowia, niż wówczas, kiedy w zbitej masie—pêle mêle—zalegają w ścisłem sąsiedztwie obok siebie położne sale szpitali ogólnych.

Potrzebę usunięcia z ogólnych sal szpitalnych pacjentów z chorobami oczu, potrzebę pomieszczenia tychże w osobnych budowlach szpitalnych zaznaczono i mniej lub więcej racjonalnie w czyn wprowadzono już na samym początku bieżącego stulecia. Lekarze w szpitalach dawnej konstrukcyi niejednokrotnie stwierdzali, jak niedogodne i niewłaściwe są tam warunki dla opieki i leczenia ocznych chorych. Spostrzeżono, że w tych warunkach operacje oczne niepomyślne stosunkowo dają wyniki, następnie, że u chorych ocznych, którzy zresztą w zupełnem zdrowiu przyjęci zostali do szpitala, często wywiązują się, a nieraz śmierć sprowadzają choroby nabyte, a grasujące w ogólnych szpitalach, jako to: zapalenie płuc, błonica, szkarlatyna, dur, róża, biegunka krwawa i t. d.

Wszędzie też, gdzie dobro ludzkości miało na sercu, nie omieszcano rozmieścić chorych ocznych w osobnych, na ten cel przeznaczonych budowlach.

Doświadczenie, nabyte w dziedzinie szpitalnictwa, ustanowiło trzy główne systematy budowli szpitalnych: układ korytarzowy, układ pawilonowy i układ szalaszowy (Baracke). Z biegiem czasu przekonano się, że dla pomieszczenia ocznych chorych najwłaściwszą jest budowla o układzie korytarzowym, podczas gdy układ pawilonowy jest najodpowiedniejszym dla oddziałów wewnętrznych, a szalasz dla chirurgicznych. Nie należy jednak sądzić że się tu rozchodzi o ściśle przeciwstawienie zakresu spożytkowania każdego z tych systematów, mamy na myśli jedynie zasadnicze cechy każdego z tych układów; niewątpliwie bowiem niektórzy pacjenci z chirurgicznymi chorobami właściwsze znajdą pomieszczenie w pawilonowych budowlach, zaś wewnątrz chory pewnej kategorii w szalaszach. Wszystkie jednak budowle, jakie w ostatnich 15 latach dla pomieszczenia chorych ocznych wzniesiono, mają układ korytarzowy, stąd zaś wnioskować można, że takie budowle są na ten cel najodpowiedniejsze.

Dodatnią stroną szalaszowych budowli stanowi łatwość przewietrzania (wentylacji). Podczas ogrzewania szalaszu przewietrza się on dostatecznie nawet bez zastosowania wszelkich środków pomocniczych, lecz i po za okresem opalania zabezpieczenie czystości powietrza napotyka tu najmniej przeszkód. Natomiast nader trudnem jest równomierne i dostateczne ogrzewanie tego rodzaju budowli. Bez kwestyi jednak, cierpienia, przy których wyłącznie prawie zależy na czystości powietrza, winny znaleźć pomieszczenie w budowlach szalaszowych.

Wręcz przeciwnie rzecz się ma przy układzie korytarzowym. Tu, przy stosunkowo najmniejszym koszcie, można stale utrzymywać ciepłotę w równej mierze, podczas gdy utrzymanie czystości powietrza nie jest w tym razie łatwym zadaniem.

Budowle pawilonowe stoją w tych obu kierunkach po środku między budowlami ko-

rytarzowymi i szalaszem. Skoro zachodzi kwestja, co do odosobnienia możliwie zaraziwych, albo odrazę wzbudzających chorób, lub też, co do odosobnienia pacjentów, nawzajem sobie znaczną przykrość sprawiających, wówczas budowla pawilonowa najzupełniej zasługuje na pierwszeństwo przed budowlami szalaszowymi i korytarzowymi; lecz i te ostatnie, ze względu na łatwość komunikacji pomiędzy pokojami dla chorych oraz ze względu na znaczne ułatwienie w administracji, niewątpliwie wiele dodatkich stron posiadają. Takie też było w zasadzie orzeczenie komisji szpitalnej, obradującej, jaki układ obrać dla uniwersyteckich budowli szpitalnych w Heidelberg'u.

O budowlach, przeznaczonych do pomieszczenia chorych ocznych w szczególności.

Oczni pacjenci różnią się od innych chorych tem zwłaszcza, że po większej części są wrażliwi na światło, że siła ich wzroku jest mniej lub więcej nadwreżona albo równa zeru; skądinąd zaś chorzy ci są zazwyczaj zupełnie zdrowi. Stąd wniosek, że nie należy takich pacjentów narażać na bliskie sąsiedztwo z innymi chorymi, a zatem na możliwość nabycia cierpień, panujących w różnych oddziałach szpitalnych. Ta opinja oddawna utorowała sobie drogę we wszystkich krajach, dbałych o dobrze zrozumiany postęp w swej gospodarce wewnętrznej.

Z powyższego odrazu widnieje myśl przewodnia, jaką winno się kierować przy budowie gmachu, mającego dać schronienie ocznym pacjentom.

Co dotyczy wyboru miejsca pod taką budowlę, to, ze względu na zwykle zadawalający ogólny stan zdrowia osób chorych na oczy, nie jest się zmuszonym tyle baczyć na wybór szczególnie pomyślnie pod względem higienicznym położonego miejsca, jak to jest niuniknionem przy wznoszeniu domów zdrowia, na inny cel służyć mają-

cych. Z higienicznego punktu widzenia wybrać więc należy takie miejsce, jakie jest odpowiedniem do wystawienia dobrego domu mieszkalnego, domu szkolnego lub w ogóle zakładu, w którym znaczna liczba zdrowych ludzi ma przebywać lub przemieszkwać. Z góry należy mieć na uwadze, aby wszystkie warunki miejsca pod budowę według możliwości zapobiegały zachorowaniu osób, mających zamieszkać w zakładzie. Skoro się ma swobodę wyboru, wówczas, rzecz prosta, da się pierwszeństwo miejscowości zdrowej, na uboczu, osobno położonej, nie zacieśnionej domami. Nie rozpisuję się w tym względzie obszerniej, odsyłając interesujących się tą sprawą, jako też i ogólnemi zasadami budowy zakładów leczniczych do prac Esse'go, Knauff'a, p. budowniczego Rakiewicza, a nadewszystko do pracy Boehm'a.

Zazwyczaj pomysły ogólny stan zdrowia ocznych pacjentów wyjaśnia fakt, że większość ich nie kwalifikuje się do przyjęcia do szpitala, że zatem większość z pożytkiem leczoną być może ambulatoryjnie. Skoro więc znaczna, właściwie większa część osób, szukających porady co do oczów, może być skutecznie leczona ambulatoryjnie w osobnych pomieszczeniach zakładu ocznego, przeto nie jest niezbędną szczególna bacność na wyjątkowo dobre położenie miejsca pod budowę. O wiele więcej obawiać się należy, aby przychodni chorzy nie wprowadzali z zewnątrz zarazków chorobowych, aniżeli, żeby podczas wizyt w zakładzie mogli uleść ich wpływowi. Przy wyborze miejsca pod budowę, w innym zupełnie względzie winniśmy brać pod uwagę kategorię przychodnich chorych. Ambulatoryjnie leczeni pacjenci przeważnie należą do biedniejszych warstw ludności; jeśli więc taki zakład szpitalny ma być instytucją prawdziwie dobroczynną dla ocznych chorych, wówczas pamiętać trzeba, ażeby on był dostępny dla możliwie największej liczby nieza-

możnych osób, szukających porady specjalnej. Zakłady oczne winny mieścić się w pobliżu dzielnic, zamieszkałych przez niezamożną ludność, o ile się da, w samym centrum dzielnic biedoty i nędzy. Uwaga ta jest do pewnego stopnia bez wartości i znaczenia dla mniejszych miast, nigdy zaś dla większych. W Londynie, np., ów sławny na świat cały Moorfields Ophthalmic Hospital został wzniesiony w dzielnicy Londynu, najliczniej zamieszkałej przez robotników, a to umyślnie w tym celu, aby tu mieszkająca biedna klasa ludności, która tak często ulega różnym nieszczęśliwym wypadkom ocznym, ułatwiony miała dostęp i spieszoną pomoc w bliskości.

Co się tyczy stałej kliniki, t. j., oddziału, zamieszkiwanego przez pacjentów ocznych (Stationäre Augenkranken), to wypada przy budowie odpowiedniego gmachu mieć na uwadze, że chorzy tacy, jako zwykle dotknięci światłowstrętem, muszą być ochronieni od zbytńskiego dostępu światła, zwłaszcza zaś od działania na ich oczy bezpośrednio padających promieni słonecznych. Na innem miejscu omówimy kwestję, o ile względ ten wpływać powinien na położenie i skierowanie głównej osi budynku i okien w pokoju dla chorych, tu zaś w ogólności tylko wspomnijmy o wszelkich urządzeniach, służących do powstrzymania dostępu światła, wdzierającego się od góry, od dołu i ze wszech stron u okien, u drzwi oszklonych i u innych otworów, przepuszczających promienie światła, oraz o urządzeniach, służących do zaciemnienia w dowolnym stopniu okien, wystawionych na operację słońca.

Z osłabienia lub utraty wzroku u znacznej części stałych chorych wynika ich niezaradność i zależność od otoczenia; stąd więc, gdyby nie okoliczność, że osoby te są zwykle zdrowe, obsługa ich wymagałaby znacznie większego zachodu, niż to w rzeczy samej ma miejsce. Chorzy, jako-tako widzący, opiekują się ociemniałymi: opro-

wadzają ich podczas przechadzek pod gołębem niebem i w ogóle w różny sposób wspierają i obsługują swych współtowarzyszy niedoli. W innych oddziałach szpitalnych podobnego rodzaju wzajemna obsługa chorych nie istnieje. Do oddawania sobie wzajemnych usług oczni chorzy są nader chętni: w ten sposób bowiem mają czas do pewnego stopnia zajęty i odpędzają nudę, wynikającą z dłuższego pobytu w szpitalu w charakterze pacjentów. Tu tkwi też przyczyna, dla której oczni pacjenci niechętnie godzą się na odosobnienie, a ociemniali wstręt poprostu czują do samotności. Stąd łatwo wywnioskować, że osobne pokoje dla pojedynczych chorych (separatki) w oddziale ocznym nie są tak potrzebne jak w innych oddziałach; samo przez się rozumie się, za wyjątkiem przeważnej części przypadków, świeżo-operowanych lub też takich, do odosobnienia których są szczególne wskazania.

Dla zakładu ocznego najwłaściwszem jest przeciętnie wyznaczyć wymiary sal w ten sposób, żeby w każdej można było pomieścić małą liczbę chorych, nie więcej nad czterech, (licząc na pojedynczego pacjenta 35 do 40 metrów sześć. powietrza), a nadto obmyśleć miejsce, w którym pacjenci mogliby podczas dnia w większem gronie przebywać.

Należy wreszcie rozwiązać ważne, a nader trudne pytanie: czy i w jaki sposób oczni pacjenci mogliby pożytecznie a bez szkody dla stanu ich oczu czemśkolwiek zająć się? We wszystkich zakładach leczniczych oczni chorzy mają zwyczaj w ten sposób wyszukiwać sobie zajęcie, że spełniają lżejsze posługi szpitalne. Kierownik zakładu powinien jednak pilnie baczyć, aby nie dopuszczano się nadużyć względem chorych. Jak dotąd, najpraktyczniej i najracjonalniej obmyślano tę sprawę w t. zw. *Asyle des aveugles* w Lozannie. Połączono tam w jedną ścisłą całość trzy zakłady, z których jeden ma na celu leczenie cho-

rych na oczy, drugi kształcenie ociemniałych dzieci, trzeci wreszcie—zajęcie pracą osób, których wzrok znacznie osłabł, lub też które wzrok utraciły. Łączność tych zakładów ma niepoślednią wartość i z punktu widzenia lekarskiego, gdyż stan oczu ociemniałych i słabo widzących dzieci i dorosłych, choćby nie mógł uleść polepszeniu, może jednak pogorszyć się; tam zaś, dzięki umiejętnej specjalnej i stałej pomocy lekarskiej, nieraz przez długie lata in statu quo utrzymanym zostaje lub wreszcie pewna siła wzroku u pensjonarzy zachowuje się. Spotykamy tam zebrany różnorodny materiał kliniczny, nader pouczający dla specjalistów, a gdzieindziej nie istniejący w takiej przynajmniej obfitości.

W dalszym ciągu obszernie omówię tę kwestję, jakie w powyższem li-tylko pobieżnie poruszyłem, a to na podstawie urządzeń najnowszych zagranicznych klinik ocznych, których większą część miałem sposobność zwiedzić, bliższych zaś danych zaczerpię w pracy prof. Zehender'a, zawierającej opis uniwersyteckich klinik ocznych, w Niemczech w ostatnich latach powstałych.

O rozkładzie budowli i kierunku jej głównej osi.

Zwrócenie długiej osi budynku szpitalnego względem południka (t. z. orientacja budynku) wynika z położenia placu, pod budowę przeznaczzonego, i z kierunku przyległych ulic. Skoro zależy na rozkładzie i kierunku osi głównej zakładu ocznego, wówczas trzeba o tem pamiętać przy wyborze placu pod budowę. W rzeczy samej, skierowanie frontu budowli, mającej służyć dla chorych ocznych, nie jest bez znaczenia. Pacjenci oczni są jedynymi chorymi, którzy nie znoszą światła słonecznego, jedynymi, których, o ile można, starannie chronić należy od bezpośrednio dochodzących promieni słonecznych. Stąd też ogólnie przyjęto za zasadę, że strona północna jest najodpowiedniejszą do umieszczenia sal, dla chorych

na oczy, że zatem najwłaściwiej skierować oś długą zakładu ocznego ze wschodu na zachód, gdyż tym sposobem pokoje dla chorych mogą być zwrócone ku północy.

Należy jednak nadmienić, iż wielu poważnych autorów taką przywiązuje wagę do bez zaprzeczenia dobroczynnego, choć dotąd nie wyjaśnionego, wpływu promieni słonecznych na stan moralny i fizyczny pacjentów, że niechętnie godzą się na pozabawienie chorych ocznych ogrzewającego, ożywczego wpływu słońca, twierdząc: że ono może skutecznie działać nawet przy szczelnie zamkniętych oknach sal; że wdzieranie się promieni słonecznych do pomieszczeń dla chorych stanowi poważną korzyść dla sanitarnego stanu pacjentów. Na tej podstawie głoszą niektórzy, iż nie należy zalecać przy projektowaniu zakładu ocznego, aby odstępowano od ogólnej zasady, mocą której ma się zawsze nalegać, żeby sale dla chorych znajdowały się po stronie słonecznej. Wbrew temu twierdzi poważna większość okulistów wszystkich krajów, iż promienie słońca, zupełnie lub w znacznej części wykluczone przez odpowiednie przyrządy, służące do zasłaniania otworów w ścianach, mogą, przy najszcześniejszych warunkach, minimalny tylko wpływ wywierać na ogólny stan zdrowia pacjentów ocznych, pomieszczonych na salach, ku stronie słonecznej zwróconych, a zazwyczaj pozostają w tym razie bez najmniejszego wpływu. Szczelnie zasłonięte, ku południowi zwrócone pokoje, niczem nie zdają się zalecać w obec sal, na stronie północnej położonych. W zasadzie zatem najwłaściwszem jest urządzać sale dla chorych na oczy na północnej stronie budynku szpitalnego.

Wziąwszy pod uwagę rozkład dziewięciu najnowszych uniwersyteckich zakładów ocznych w Niemczech, przekonamy się, że oś główna sześciu z tychże skierowana jest ze wschodu na zachód (Wrocław, Fryburg, Heidelberg, Lipsk, Halla i Gryfija),

jednego (Królewiec), z północy ku południowi, dwóch wreszcie ukośnie do głównych stron świata (Marburg i Bazylea—gmachy, mieszczące te kliniki, są zatem „nieorientowane“ budowle). Ostatecznie wschodnio-zachodni kierunek długiej osi budowli przeważa w stosunku 2:1. Przy takim zwróceniu budowli jedna strona budynku zostaje skierowana ku północy i może służyć do urządzenia na północ położonych sal dla chorych; nie wszędzie jednak w czyn to wprowadzono. W Heidelberg'u pomieszczono wszystkie sale dla chorych na oczy na południowej stronie budowli za wyjątkiem dwóch obszernych sal na końcu każdego piętra, gdzie okna na północ, zachód i południe są zwrócone, oraz małej salki na wschodnim końcu piętra z oknami na wschód i na północ. We Fryburg'u, na pierwszym piętrze spotyka się dwie obszerne trzyokienne sale, mające światło z północy, z południa i ze wschodu, względnie z zachodu; na drugim zaś piętrze odpowiednią przestrzeń podzielono na trzy salki, z których każda ma okno zwrócone ku innej stronie świata. Pozostałe 7 sal (w ogóle zatem 9 na 15) leżą po stronie północnej. We Wrocławiu istnieje ośm sal na północ, dwie zaś na południe zwróconych. Lipsk posiada 21 po części większych, głównie zaś mniejszych sal na północnej, a sześć na południowej stronie; podług ilości pokoi licząc, wypada stąd stosunek 7:2; wzięwszy zaś ilość łóżek pod rachubę, okazuje się stosunek 18 łóżek w południowych do 33, w północnych salach ustawionych, przytem nadmienić jeszcze należy, że te ostatnie po większej części znajdują się w małych salkach o jednym łóżku, dla prywatnych (niekliniknych) pacjentów zarezerwowanych.

W Halli odmienny jest stan rzeczy, wszystkie bowiem sale dla chorych mieszczą się w oficynach ku południowi, prostopadle do głównego gmachu wystawionych. Na parterze w zachodniej oficynie są dwie sale

dla dzieci, z których jedna ma trzy okna ku zachodowi, druga zaś tyleż okien, ku południowi skierowanych. Na pierwszym piętrze każdej z oficyn (w jednej dla mężczyzn, w drugiej dla kobiet) spotyka się trzy obszerne trzyokienne sale—ogółem zatem sześć sal; ich okna zwrócone w dwóch ku północy, w dwóch ku południowi, w jednej na zachód, w szóstej zaś na wschód.

Zasada więc, mocą której sale dla chorych na oczy winny by mieć okna na północnej stronie, w żadnej z tych budowli nie została ściśle przeprowadzona, a nawet w niektórych, o ile się zdaje, nie przywiązywano do tej sprawy najmniejszego znaczenia.

Jak mało uwzględniano stronę północną, nie tak podlegającą działaniu słońca, właściwie mówiąc, jak wiele z innych powodów dbano o operację słoneczną w salach (która w razie potrzeby może być skutecznie wykluczona), widać z faktu, często dającego się spostrzegać, iż urządzono sale dla chorych ocznych, mające światło aż z trzech stron. W dawnym zakładzie ocznym w Lipsku istniały na pierwszym piętrze dwie obszerne pięciookienne sypialnie dla chorych o trzech ścianach zewnętrznych: w jednej ścianie było trzy okna, w dwóch drugich ścianach po jednym. W nowym zakładzie podzielono te pięciookienne sale na dwa pokoje; z których jeden ma okna na północ i na zachód, drugi zaś na południe. Jak już wspomniano, kliniki oczne we Fryburg'u i w Heidelberg'u mają też sale, do których światło z trzech stron dostaje się.

Zresztą, skoroby nawet niektóre sale były zwrócone inaczej niż na północ, nie sprzeciwia się to jeszcze ogólnej zasadzie, według której pokoje dla pacjentów ocznych powinny być na północnej stronie gmachu: zgodzić się bowiem można, że i wśród chorych na oczy są tacy, którzy mogą znieść

światło dzienne bez złych skutków dla stanu ich wzroku.

Bądź co bądź, słońce dobroczynnie na organizm nasz wpływa; nadto, acz nieco przesadnym jest to twierdzenie, jednak w naszej chłodniejszej strefie na północ zwrócone sale robią rzeczywiście wrażenie piwnic, pobyt zaś w salach ku południowi zwróconych, znacznie lepiej na nas oddziaływa. Można być też pewnym, że większość higienistów głosowałaby za pomieszczeniem sal dla chorych na stronie południowej. Wszak wiadomo, że taż opinia gra ważną rolę przy urządzaniu szkół tak, że postawiono postulat, żeby domy szkolne, o ile można, w ten sposób budować, iżby w każdej porze dnia promienie słońca do każdej sali szkolnej łatwy dostęp miały.

Zdanie to nie jest bez pewnej racji bytu i przy projektowaniu zakładów ocznych: tak zarząd kliniki ocznej w Marburg'u, jak i w Bazylei, obu zakładów, wystawionych ukośnie względem głównych kierunków stron świata, uważa ukośny kierunek osi głównej gmachu takiego za właściwy i ze wszelkich miar zadawalniający. Zwłaszcza, co dotyczy korytarza, dyrektorowie tych zakładów nadmieniają, że wzdłuż południowego frontu ułożony korytarz (Fassaden-Corridor) pozostaje przez dzień cały pod operacją słońca tak, że, jeśli go sztucznie nie zaciemnimy, nie może być za dnia oddany na użytek ocznych pacjentów. Przy ukośnym zaś rozkładzie gmachu są pewne pory dnia, w których korytarz jest wolny od silnego działania promieni słonecznych i w tym czasie bez obawy może być oddany na usługi chorych ocznych. Sztucznie zaciemniony, ku południowi skierowany frontowy korytarz jest pozbawiony dobroczynnych promieni słonecznych, traci więc większą część swego znaczenia, podczas gdy w korytarzu, który w pewnej tylko porze dnia na operacji słońca pozostaje, cieplikowe i chemiczne własności słońca przynaj-

mniej przez czas pewien pełną swobodę działania mają, w innym zaś czasie z miejsca tego bez szkody i bez przykrości pacjenci oczni korzystać mogą.

Zwrócenie gmachu kliniki ocznej w Królewcu osią główną od północy ku południowi zależnem było od warunków położenia placu, przeznaczanego pod budowę. Wszystkie sale otrzymują tu światło od wschodu i zachodu. Ścisłe badania Knauff'a stwierdziły, że w tych warunkach sale dla chorych w przeciągu całego roku otrzymują więcej ciepłych promieni słońca niż przy zwykłym skierowaniu zakładu ze wschodu na zachód. Lecz ta przewaga wykazać się daje jedynie w ciepłej porze roku, jest więc bez wartości.

Bawialnia (Sala dzienna).

W angielskich szpitalach nieraz spotyka się sale, przeznaczone dla pomieszczenia chorych, którym podczas dnia wolno opuszczać łóżko; sala taka nosi nazwę „*day-room*,” a w ostatnio w Niemczech wybudowanych zakładach leczniczych — „*Tagesraum*.” Sale te służą zarazem za pokój jadalny, głównie jednak przeznaczone są na miejsce pobytu w czasie dnia dla nieobłożnie chorych. Urządzenie miejsca dziennego pobytu dla chorych, którzy mogą opuścić łóżko, jest najzupełniej racjonalnem; w pewnych zakładach, np. w domach dla obłąkanych, sale takie oddawna istnieją; zbytecznem też będzie motywowanie potrzeby urządzenia takiej sali i w zakładach ocznych. Już to samo, że sypialnie, podczas pobytu chorych w bawialni, mogą być przewietrzane, przekonywa o wysokiej wartości tejże. Zapatrywanie to znalazło uznanie i zostało w czyn wprowadzone przy budowie kliniki ocznej w Lipsku.

Zresztą w innych zakładach ocznych, np. w Bazylei, istnieją takie bawialnie dla nieobłożnie chorych, służące zarazem za miej-

sce, w którym pensjonarze zwykle posiłkiienne spożywają; w niektórych zaś prywatnych klinikach ocznych urządzono specjalne saloniki do pogawędki dla chorych, a nawet specjalne pokoje dla palących tytoń. Skoro zaś te lub owe względy nie pozwoliły na takie udogodnienie, wówczas, w braku czegoś lepszego, korzystano w tym celu, po za godzinami przyjmowania ambulansu, z poczekalni dla przychodnich chorych lub też z innych, pustką stojących pomieszczeń szpitalnych, a zwłaszcza z głównego korytarza. Im lepiej urządzonem jest miejsce dla dziennego pobytu chorych, im ono jest obszerniejsze: tymbardziej pokoje dla chorych nabierają znaczenia li-tylko sypialni i tym skromniejsze mogą być wymagania, co do ilości kubicznych metrów przestrzeni powietrza na każde łóżko, w porównaniu do sal szpitalnych, mieszczących obłożnie chorych.

Dla pacjentów, których cierpienie nie przykuwa do łóżka, w braku lepszego pomieszczenia, niewątpliwie najodpowiedniejszym miejscem dziennego pobytu jest korytarz. Tam, gdzie brak t. z. bawialni szpitalnej lub gdzie przy szczupłym pomieszczeniu dla chorych nie można marzyć o jej utworzeniu, należy przynajmniej korytarz tak urządzić, aby mógł być stosownem miejscem dla czasowego pobytu chorych. Jeśli, przy projektowaniu korytarza, miano ten cel na uwadze, natenczas może on zastąpić bawialnię i, w rzeczy samej, jest nią w większości zakładów ocznych, choć nieraz, niestety! nie z odpowiednim pożytkiem dla pacjentów; korytarz bowiem musi w tym razie mieć wszelkie zalety miejsca pobytu, przeznaczonego dla chorych: przede wszystkim zaś winien posiadać wentylację, która w każdej porze roku byłaby bez zarzutu czynną, a podczas zimy winien być ogrzewanym. Zadosyćuczynienie tym kardynalnym wymaganiom nie przedstawia wielkiej trudności.

Korytarz.

Układ korytarzowy uznany został za najwłaściwszy dla budowli, przeznaczonej do pomieszczenia chorych na oczy. Faktem jest, że *wszystkie nowopowstałe kliniki oczne są budowlami korytarzowemi*. W Królewcu i we Wrocławiu korytarz zajmuje całą długość gmachu, znajdując się po środku budowli tak, że sale leżą rzędem po obu stronach korytarza (*Mittelcorridor*). Światło i powietrze napływa wówczas z zewnątrz tylko po obu końcach tegoż.

Reszta nowszych zakładów ocznych posiada korytarz po jednej ze stron budowli czyli frontowy korytarz (*Fassaden-Corridor*). Leży on we Fryburg'u na południowej stronie; w Heidelberg'u na północnej; w Marburg'u na północno-zachodniej stronie gmachu; w Halli, gdzie pokoje dla chorych znajdują się w dwóch, z północy na południe skierowanych oficynach, korytarz leży w jednej wzdłuż wschodniej, a w drugiej wzdłuż zachodniej strony budowli. W Lipsku znajduje się korytarz w południowej stronie; nadmienić jednak należy, że w środkowej części budowli, a również i w obu bocznych skrzydłach, w tymże samym kierunku położonych, co i środkowa część, istnieją od południowej strony korytarza przybudówki, które nadają temuż cechę *nie zupełnego środkowego korytarza*. W Gryfii, w wolnej zresztą południowej stronie korytarza znajdują się dwie sale dla chorych i dwa klozety. Światło ma dostęp do tego korytarza od południa przez okno przy klatce schodowej i przez dwa pozostałe okna południowe, wreszcie od wschodu przez okno, w końcu korytarza znajdujące się. Oświetlenie korytarza nie pozostawia nic do życzenia.

Przyczyna, dla której przy budowie ostatnio powstałych klinik ocznych wyłącznie zastosowano systemat korytarzowy, zdaje się tkwić w przeświadczeniu, że korytarz ma tu być nie tylko środkiem komunikacji

między pojedynczemi salami, lecz zarazem ma służyć chorym jako miejsce dla przechadzki i pobytu podczas dnia. W tym sensie korytarz zwiększa quantum powietrza, którem się oddycha, z którego korzystają chorzy, na salach pomieszczeni; zatem to quantum powietrza może być doliczone do quantum tegoż we właściwych salach dla chorych, a więc projektowany sześcienny wymiar pojedynczych sal może być, *ceteris paribus*, o tyle mniejszym. Przypuśćmy, że pięć sal, każda o czterech łózkach i o 150 kub. metr. powietrza, przylega do korytarza, służącego zarazem za miejsce dziennego pobytu, a mającego 30 m. długości, 3 m. szerokości i 4 m. wysokości, wówczas quantum powietrza na korytarzu = 360 kub. metr. rozdziela się na te 20 łózek, co stanowi po 18 kub. metr. przyrostu. Słusznem też będzie oznaczyć tu quantum powietrza na jedno łóżko nie w wysokości 37,5 kub. metr., lecz w wysokości $37,5 + 18 = 55,5$ kub. metr.

Lecz nie we wszystkich zakładach istnieje taki korytarz, któryby mógł zostać spożytkowany jako miejsce dziennego pobytu podczas każdej pory roku, tak w zimie, jak i w lecie. Na południowej stronie budowli szpitalnej położone korytarze muszą być w słoneczne dni zasłaniane, jeśli mają z nich nich korzystać oczni chorzy, może też z tych powodów niechętnie uczęszczanymi bywają przez pacjentów. Nieogrzewane korytarze są bez pożytku podczas zimnej pory roku; a wąskie oraz źle przewietrzane są bez wszelkiej wartości.

Korytarze, zwrócone, jak w Halli np., jeden na wschód, drugi zaś na zachód, mogą najlepsze usługi oddawać pierwszy w popołudniowych, a drugi w przedpołudniowych godzinach. Skoro korytarz ułożono, jak w Marburg'u i w Bazylei, ukośnie do głównych kierunków igły magnesowej, wówczas w pewnych porach dnia chorzy oczni z pożytkiem z niego korzystać mogą, w in-

nych zaś opuszczać muszą takowy, a nateczas słońce rozsypuje po nim dobroczynne promienie światła i ciepła.

Przy projektowaniu zakładu ocznego zaleca się utworzenie odpowiedniego korytarza już nie tylko ze względu, że on być może miejscem przechadzki oraz ma zwiększać quantum powietrza, którem się oddycha w szpitalu, lecz ze względu na jego pierwiastkowe i zwykłe znaczenie jako środka komunikacji we wnętrzu zakładu szpitalnego. Dla chorób zaraźliwych i gorączkowych lub też dla chorób, przy których istnieje obfita wydzielina albo odpływ cuchnącej ropy i t. p. odpowiednią jest zasada rozpraszania pacjentów, zasada, która w krańcowej konsekwencji nakazuje wyznaczenie osobnych pokoi dla pojedynczych chorych. Dla takich cierpień najwłaściwsze są budowle pawilonowe, gdyż pacjenci, rozmieszczeni w osobnych pawilonach, pozostają odosobnieni od reszty mieszkańców szpitala, a tem samem ani innym nie przeszkadzają i nie sprawiają przykrości, ani też sami takowym nie podlegają. Co dotyczy pacjentów ocznych, względy te w większej części przypadków uznać należy za zbyt liczne. Osoby chore na oczy są w ogóle, z wyjątkiem cierpienia miejscowego, zupełnie zdrowe. Nie przeszkadzają one i nie sprawiają ani mniej, ani więcej przykrości swym towarzyszom niedoli, jak to czyniliby, będąc, co do oczu, zdrowymi; nie ma też powodu, odpowiednio do zasady stylu pawilonowego, zaopatrzać każdej sali w przynależną kąpiel, kuchenkę podręczną i t. d. oraz starannie ją izolować od reszty sal. Skądinąd zaś, stosownie do panujących obecnie zasad szpitalnictwa, nie popadnie się w drugą ostateczność: w obecnym czasie, nikt się nie zdecyduje, ze względów oszczędnościowych, na utworzenie obszernych sal, mających pomieścić znaczną liczbę łóżek. To zaś zmusza do przyjęcia za podstawę takiego układu budowli, w którym sale nie

zbyt obszerne rzędem obok siebie leżą i w najprostszym, najnaturalniejszym sposobie pośrednio, za pomocą korytarza, łączą się z sobą.

Jeżeli więc korytarz w zakładach ocznych ma nie tylko znaczenie jako środek do komunikacji, lecz zarazem posiada i tę, z jednej strony wysoko sławioną, a z innej nie kwestjonowaną wartość, że zwiększa quantum powietrza, jakim się w szpitalu oddycha: słusznem jest przeto baczną zwrócić uwagę na ustanowienie formy odpowiedniej celowi oraz na ustrój tej części budowli szpitalnej.

Jakim ma być korytarz szpitalny, jeżeli winien czynić zadosyć dwojakiemu przeznaczeniu, o którym wspomniano?

Co do swego położenia w stosunku do pozostałych pomieszczeń zakładu, korytarz może znajdować się albo po środku gmachu lub też na jednej ze stron tegoż. W obu razach, jako „główny korytarz“ prowadzić będzie odpowiednio do kierunku największej długości budowli. Przeto od kierunku, jakim odpowiada największa długość gmachu, zależy, czy korytarz, nie pośrodku przecinający budowlę, leży w jej północnej, czy też w południowej stronie. Skoro taki korytarz znajduje się w południowej stronie, wówczas sale dla chorych są od północy. Utworzenie sal dla chorych z oknami, ku północy zwróconymi, sprzeciwia się ogólnym zasadom budowy szpitali, jednak, jak już powyżej wspomniano, przez wielu kompetentnych zalecanem bywa specjalnie dla zakładów ocznych: w północnej bowiem stronie ma się spokojniejsze i więcej równomierne oświetlenie. Skoro zaś sale dla chorych mają znajdować się w północnej stronie budowli, wówczas korytarz musi być skierowany ku południowi, a więc, póki słońce przyświeca, nie jest do użytku dla pacjentów ocznych. Wprost przeciwnie rzecz się ma, skoro sale są od południa, a korytarz od północy. Wreszcie, gdy gmach jest

ukośnie zwrócony („nieorientowany“) lub też z północy na południe skierowany, nateczas w pewnej tylko, co prawda, porze dnia, kiedy na nim słońce nie przyświeca, staje się dogodnym miejscem pobytu dla ocznych chorych.

Wartość korytarza, prowadzącego po środku budowli i posiadającego okna li-tylko po obu końcach, nie zależy od skierowania długiej osi budowli. Pod względem praktycznym jest tu bez znaczenia, czy słońce wdziera się przez jedno z krańcowych okien w rannych, południowych lub też popołudniowych godzinach. Jedną z główniejszych cech środkowego korytarza jest, że tylko na czas krótki i to niewiele promieni słonecznych otrzymuje, a stąd w ogóle nie może być tak widnym, jak wielookienny frontowy korytarz. Ta zaś cecha czyni go nader pożytecznym dla chorych na oczy. Korytarz, umiarkowanie oświetlony, w każdej porze dnia, nawet bez zacielenia, dostępny dla chorych na oczy, bezspornie byłby zawsze pożądanym w zakładzie ocznym, gdyby nie jeden poważny argument, jaki przeciw niemu może walczyć, mianowicie trudność przewietrzania takiego korytarza. Z tego powodu już przed 30 laty t. zw. środkowe korytarze zostały za nieodpowiednie dla zakładów leczniczych uznane. W owej epoce pierwszym w rzędzie miarodajnych powag w dziedzinie szpitalnictwa był Esse, dyrektor szpitala Charité w Berlinie. Esse tak się wyraża, co do urządzenia korytarzy w zakładach szpitalnych: nigdy nie należy budować korytarzy po środku gmachu, lecz zawsze na jednej z fasad tak zwłaszcza, aby strona budowli najwięcej słoneczna była przeznaczona na sale dla chorych.

Opinia, co do szkodliwości korytarza, wzdłuż przez środek gmachu prowadzącego, tradycyjnie utrzymuje się dotąd dzięki wielu podręcznikom, tym krzewicielom tradycji. Od epoki jednak, o której mowa, nauka

o przewietrzaniu budowli mieszkalnych olbrzymio naprzód postąpiła i obecnie tak dostateczne oświetlenie jak i wolne od zarzutu przewietrzanie środkowego korytarza nie powinno napotykać szczególnych trudności.

Tym sposobem jest się niejako zmuszonym do postawienia wniosku, że dla zakładu ocznego środkowy korytarz przedstawia najwłaściwszą formę budowy wtedy tylko, skoro jest pewność, iż zakład posiadać będzie doskonałą wentylację i dostateczne oświetlenie.

Do zalet środkowego korytarza doliczyć należy, że w żadnym innym systemacie budowlanym szpitala pojedyncze sale nie leżą bliżej i dogodniej względem siebie; nigdzie nie są łatwiej dostępne i nigdzie zresztą pacjenci na salach nie mogą być łatwiej obsłużeni, a zarazem kontrola lepsza, niż w budowlach o środkowym korytarzu. Zatem przy mniejszym wydatku na budowę, tak zarząd jak i komunikacja w zakładzie odbywa się w prostszy, prędzszy i lepszy sposób, aniżeli w długość wyciągniętych budowlach korytarzowych o pojedynczym rzędzie sal. Niezaprzeczone zalety ostatnio wspomnianych budowli są dla zakładów ocznych stosunkowo małej wagi.

Posadzka na korytarzu oraz w salach dla polikliniki (ambulansu) i w salach operacyjnych, a, jeśli można, i we wszystkich pomieszczeniach w zakładzie powinna być z flizów, z Mettlachowskich płytek, lub lepiej z takiego materiału jak „terrazzo“ albo też „chamottestein.“ *Posadzka ma być wszędzie równa bez żadnych progów między salami chorych a korytarzem.*

Sala do udzielania porady przychodnim chorym i poczekalnia.

We wszystkich zakładach ocznych znajduje się na parterze t. zw. ambulansowa czyli polikliniczna sala, w której się bada przy świetle dziennym, udziela porady i opatruje przychodnich (ambulatoryjnych, poli-

klinicznych) pacjentów („*ruchoma klinika*“). Poczekalnia dla tychże chorych zwykle położoną jest w najbliższym sąsiedztwie sali ambulansowej i łatwo powinna komunikować się z takową.

W Anglii, gdzie szczególną uwagę zwrócono na ambulatorja, istnieje zwykle dwoje drzwi między salą do przyjęć a poczekalnią: jedne służą do wejścia, drugie zaś do wyjścia dla chorych. Spotyka się tam też nieraz podział poczekalni na dwie części, podług płci, a w niektórych szpitalach urządzono nawet osobne poczekalnie dla kobiet, a osobne dla mężczyzn.

O wiele ważniejszym jest mieć na pamięci przy układaniu planu szpitala, aby tak poczekalnia, jak i sala ambulansowa były w ten sposób sytuowane, iżby pacjenci przychodni, którzy łatwo wnoszą nieczystość i zarazki chorobowe do zakładu, najmniej mogli mieć dostępu do wnętrza budynku, a zupełnie nie byli w stanie obcować z chorymi ze „*stałej kliniki*“ (*Stationäre Augenkranken*). [Należy też w pobliżu pomieszczeń dla ambulatorjum osobno urządzić wszystko, co może być niezbędnem dla przychodnich pacjentów: muszą więc być blisko poczekalni co najmniej dwa klozety z pisuarami dla osób obojga płci.]

Biorąc pod uwagę powyżej wyłuszczone względy, zalecono, aby pomieszczenia dla polikliniki zupełnie usunąć po za obręb murów zakładu szpitalnego, a wreszcie radzono, aby je w naturalny sposób odciąć (odgrodzić murem) od kliniki stałej. Myśl ta została już do pewnego stopnia praktycznie zastosowana w klinice ocznej w Heidelberg'u. W Halli urządzono specjalne wejście dla przychodnich chorych, które otwieraniem bywa tylko na godziny przyjęcia; przez drzwi wchodowe chorzy dostają się do obszernego przedsionka, po drugiej stronie tegoż znajduje się poczekalnia, a obok tejże, w łączności z nią pozostająca sala przyjęcia chorych. Chorzy przychodni mają więc

tu dostęp do obu sal, na ich wyłączny użytku przeznaczonych oraz do przedsionka, który w razie potrzeby może służyć za poczekalnię.

Sala operacyjna.

Pomyślny wynik operacji ocznych zależy nieraz od cząstki milimetra. Stąd pierwszym warunkiem dla pomieszczenia, w którym dokonywa się operacji na oczach, winno być odpowiednie, stosowne oświetlenie tegoż. Przedewszystkiem pole operacyjne musi być dostatecznie oświetlone. Nie trzeba jednak sądzić, iż zależy na możliwie jaskrawem świetle, co mogłoby naprowadzić na myśl zalecenie wielkich okien; nie idzie nam o największe natężenie światła, lecz ważnem jest, aby *oświetlenie* było *równomierne*, a nadto, aby promienie światła we właściwym kierunku padały na pole operacyjne. Niewątpliwie, ze względu na potrzebę równomiernego światła, należy, o ile to jest możebnem, *zwrócić okna sali operacyjnej ku stronie północnej*. Komu tylko zdarzyło się operować przy nierównomiernem świetle w sali o południowych oknach, ten wie, jak to jest przykrem dla operatora i jak to utrudnia dokonanie operacji.

Kierunek, w jakim promienie światła mają dochodzić do sali operacyjnej, nie tyle jest rzeczą budowniczego, ile operatora, który sam musi pomyśleć, jak swoją osobę oraz pacjenta umieścić, aby w danych warunkach skorzystać z kierunku, w którym najlepsze światło dochodzi.

Co do strony technicznej, zaakcentować tylko należy, że nadmiernie wielkie okno zaimponować może profanowi, dla operatora zaś jest zwykle bez wartości.

Górne oświetlenie (*Oberlicht*) mało bywa stosowane w salach, przeznaczonych do operacji ocznych, a w ogóle nie jest zachwalanem przez okulistów. [Zdaje się, że jedynie w niektórych szpitalach londyńskich (Guy's Hospital, St. Mary's Hospital) ope-

racje na oczach dokonywane bywają w salach o górnem oświetleniu.]

Skoro podczas operacji pacjent znajduje się w leżącej pozycji, jak to obecnie prawie bez wyjątku zwykło się czynić w klinikach ocznych, wówczas górne światło jest stanowczo niepomysłnem dla operatora: w tym razie bowiem trudno pozbyć się refleksu rogówkowego, który ogromnie przeszkadza przy wszelkich delikatniejszych operacjach ocznych. Staramy się też zawsze przez odpowiednie umieszczenie pacjenta przenieść ów refleks w inne miejsce tak, aby odbicie światła od rogówki nie stało na zawadzie przy rozpatrywaniu się w polu operacyjnem. Natomiast zalecić należy, *aby okna raczej niżej do podłogi dostawały niż, aby wysoko do sufitu dochodziły*, a to w celu aby można było korzystać ze światła horyzontalnego, a nawet ze światła, z dołu dochodzącego. Jeśli, w danym razie, tego rodzaju oświetlenie nie okazuje się dogodnem, wówczas w najprostszym sposobie można zasłonić dolną część okna.

Przeważną część operacyj ocznych należy do najdelikatniejszych, najsubtelniejszych, jakich lekarz dokonywa, ważnem jest więc, aby tak sam operator, jak i jego pomocnicy dobrze mogli widzieć każdy punkt w polu operacyjnem, a zatem, aby nie byli krępowani podczas aktu operacji, w swych poruszeniach, zwykle nie cierpiących zwłoki ze względu na wynik rękoczynu; stąd zaś dla dobra operowanego najpożyteczniejszą jest obecność możliwie małej liczby osób w czasie trwania operacji; wymiary więc sali, mającej służyć li-tylko do dokonywania operacyj ocznych, nie potrzebują być znaczne.

Sala operacyjna w Halli leży na północ i zajmuje 57 kw. m.; okno 3 m. szerokie zajmuje prawie całą wysokość sali. Tiedemann twierdzi, zgodnie z powyższem, iż operacjom na tak małych organach, jak oko i ucho, może z pożytkiem przypatrywać się

mała jedynie garstka osób. Operacyjna więc sala nawet w uniwersyteckich klinikach nie ma być obszerną, ani też posiadać amfiteatralnie ustawionych ławek dla studentów.

W Heidelberg'u sala operacyjna jest też zwrócona ku północy; nadto część operacyj dokonywaną bywa na korytarzu (w północnej stronie gmachu położonym) bezpośrednio przed salami dla chorych tak, że natychmiast po operacji łóżko z chorym wtacza się napowrót do sali. Naprzeciwko każdej z nich znajduje się na korytarzu jedno na północ zwrócone okno.

W Królewcu, sala operacyjna jest, jak sam dyrektor zakładu twierdzi, wadliwie urządzona: przedstawia bowiem długi, wązki pokój z oknem, na wschód zwróconem. W listopadzie i grudniu oraz w końcu października i w początku stycznia, ogółem prawie w ciągu kwartału, w popołudniowych godzinach jest się zmuszonym operować przy oświetleniu elektrycznem.

We Fryburg'u, sala operacyjna ma trzy okna: okno, po środku leżące, skierowane jest ku północy, jedno z bocznych wychodzi na północo-wschód, drugie zaś na północ-zachód; operacyj dokonywa się przed jednym z tych trzech okien, stosownie do tego, skąd lepsze światło dochodzi. W podobnych warunkach znajduje się sala operacyjna w Lipsku.

We Wrocławiu przeznaczono wyłącznie dla dokonywania operacyj piękną dwuokienną, na północ zwróconą salę.

W Marburg'u istnieje obszerna sala operacyjna o dużem oknie, skierowana *na północo-wschód*, sala ta mieści się w północnym krańcu budowli na drugim piętrze; *odpowiednio położona sala na parterze służy do badań drobnowidzowych.*

Zakład oczny w Bazylei zarówno jak i w Marburg'u należy do rzędu „nieorientowanych“ budowli; sala operacyjna nie mogła tu zostać skierowaną ku północy, umieszczono więc ją jak i w Marburg'u, w pół-

nocnym krańcu budynku; sala ta posiada duże na północo-zachód zwrócone okno.

Pożądanem jest, aby okno w sali operacyjnej składało się z jednej dużej szyby lustrowej, osadzonej w żelaznej ramie, a parapet przy oknie był pokryty grubą taflą szklaną (zagłębienia pod okiennymi parapetami niepotrzebne); dalej, — aby woda rozlana na podłogę miała odpływ wprost na zewnątrz przez szklaną rurę, osadzoną w zewnętrznej ścianie (Rydygier); ściany tak tu jak i w innych salach powinny być gładkie, mieć rogi i kąty wygładzone (zakrąglone), całe być olejną farbą ¹⁾ (lub, co lepiej, szklanymi taflami) pokryte. Drzwi i odrzwia mają być zupełnie gładko obrobione i nie posiadać żadnych zagłębień. *W ogóle sala operacyjna tak winna być urządzona, aby całą można było łatwo oczyścić i sptukać.*

W najbliższem sąsiedztwie z salą operacyjną należy wyznaczyć *osobny, nie łączący się z nią, niewielki pokój*, któryby służył do pomieszczenia całego zbioru instrumentów w szafach, tylko z metalu i ze szkła lub porcelany sporządzonych; może też mieścić się tu podręczna biblioteka.

Ustawienie szafy z instrumentami w sali operacyjnej jest niewłaściwem, gdyż kosztowne, misternie obrobione instrumenty oczne łatwo ulegają zupełnemu zniszczeniu pod wpływem wilgoci, a jeszcze więcej pod wpływem ulatniania się różnych substancyj, przy przeciwnym postępowaniu (antyseptyce) stosowanych. Inne pomieszczenia nie nadają się dla jasnych każdemu przyczyn, do przechowywania narzędzi chirurgicznych.

Całe urządzenie do wyjaławiania (sterylizowania) oraz do przechowywania materiałów opatrunkowych, pożądane w każdym zakładzie, gdzie się dokonywa jakichkolwiek

¹⁾ Najlepiej użyć do pokrycia ścian szarej lub jasno-zielonej farby olejnej.

operacyj chirurgicznych, *najstosowniej pomieścić w samej-że sali operacyjnej*, jak to uczynił Prof. Rydygier w nowo-otworzonej uniwersyteckiej chirurgicznej klinice w Krakowie.

Pożytecznem jest również zarezerwowanie w pobliżu sali operacyjnej małego pokoju, mającego służyć na *skład tylko czystej bielizny* dla chorych. Z pokoju tego może też korzystać dozorcująca Siostra Miłosierdzia.

C i e m n i c a.

Oftalmoskop (wziernik oczny) stał się ważną bronią, dzięki której w ostatnich dziesiątkach tego stulecia okulistyka odniosła największe zwycięstwa na polu naukowem. Ciemnica do badań wziernikowych powinna więc istnieć w każdym zakładzie ocznym. Klinika oczna, jako zakład leczniczy, musi posiadać choć jeden pokój ciemny, w którym możnaby dokonywać *wziernikowych badań*. Pomieszczenie to służyć też może do badań, mających na celu *oznaczenie różnych rodzajów uczucia światła* (Lichtsinn); wyniki tych badań mają niepoślednią wartość i dla celów praktycznych, choć dotąd przez większość praktyków - okulistów mało bywają uwzględniane.

Do badań oftalmologicznych nadający się pokój ciemny niekoniecznie ma być obszerny, gdyż w leczniczych zakładach ocznych naraz zwykle tylko jedna, najwyżej dwie osoby bywają badane.

W dawnej klinice ocznej w Bazylei tak szczupłe było pomieszczenie, że musiano, nie chcąc zajmować miejsca, uciec się do zastosowania znakomicie pomyslanego przyrządu w rodzaju miecha kowalskiego, który w razie potrzeby mógł być rozsunietym i wówczas tworzył ciemnicę, po ukończeniu zaś badania bywał zsuwanym.

Klinika oczna, będąc z zakładem naukowym, musi posiadać obszerniejszy ciemny

pokój, w którym większa liczba osób mogłaby ćwiczyć się we wzniernikowaniu. Lecz należy mieć na uwadze, że do oftalmoskopowania nie jest niezbędną absolutną ciemnia. Wrazie potrzeby można wzniernikiem badać oczy i w widnej sali. Przestrzeń bowiem, w której się ma rozpatrywać, mianowicie wewnątrz badanego oka jest ciemnem, a dopiero przez wzniernik oświetlonem zostaje. Stąd w gruncie rzeczy, jest bez znaczenia, czy otaczająca przestrzeń jest, czy nie jest oświetloną. Przy badaniu w widnym pokoju przeszkadzają liczne refleksy światła, na rogówce zwłaszcza występujące, one też zawadzają przy badaniu, lecz nie czynią jego niemożliwym.

Jakkolwiek więc, już ze względu na te odbicia się światła, jest do życzenia, a nawet zdawać się może niezbędnem utworzenie ciemnicy, w której wzniernikowanie oraz nauka tegoż mogłaby odbywać się; jednak zbyt rzadkiem byłoby wymaganie aby w tej sali panowała zupełna ciemnia, w ścisłym fizykalnym znaczeniu tego wyrazu. Zaciemnienie sali czarną sukienką zasłoną, albo też drewnianymi zwijanymi żaluzjami, lub w jakikolwiek inny na ten cel odpowiedni sposób okazuje się w praktyce zupełnie wystarczającym.

Zatem mały (stale) ciemny pokój do dokładnego badania pojedynczego pacjenta, a nadto obszerniejsza sala, np., ambulatoryjna, łatwo mogąca być zaciemnioną przy badaniu wzniernikowem, zresztą zaś na inny cel służąca: oto wszystko, co uważać można za nieodzownie potrzebne. Bynajmniej nie twierdzimy, żeby, skoro pomieszczenie oraz fundusze są po temu, urządzenie jednej a nawet paru ciemnic nie było w wysokim stopniu pożądanem *nie tylko już dla oftalmoskopowych, lecz i dla oftalmometrycznych badań*. Tam zwłaszcza, gdzie w pobliżu brak specjalnych zakładów do naukowych badań teoretycznych, gdzie brak pomocy naukowej na polu optyki, wiele za-

leżyć może na urządzeniu obszerniejszej ciemnicy.

W nowo-wybudowanej klinice ocznej w Bazylei, pokój do wzniernikowania leży tuż przy sali poliklinicznej, a po drugiej stronie tegoż mieści się sala operacyjna. Ciemnica zajmuje tam 15 kw. metr. (6×2,5 m.) powierzchni.

We wrocławskiej uniwersyteckiej klinice istnieją dwa gabinety do wzniernikowych badań: większy i mniejszy; oba w najbliższym sąsiedztwie z salą polikliniczną. Mniejszy gabinet ma 6 kw. metr. (2×3 m.) powierzchni i służy tylko do pojedynczych badań; większy zaś — do celów nauczania oraz do badań, do których ciemnia potrzebna. Powierzchnia tego gabinetu wynosi 39 kw. metr. (6,5×6 m.)

We Fryburg'u powierzchnia ciemnicy wynosi 17,5 kw. metr. (3,5×5 m.), w Królewcu 30 kw. metr. (4×7,5 m.), a w Marburg'u 21 kw. metr. (3×7 m.)

W klinice ocznej w Halli z poliklinicznej sali prowadzą jedne drzwi do widnego pokoju, drugie zaś do ciemnicy; pierwszy służy głównie do badania siły wzroku, druga zaś do wzniernikowania. Oba mają prawie równą powierzchnię, mianowicie (4×7 m.) 28 kw. metr. W sali poliklinicznej nie dokonywa się tam żadnych ściślejszych specjalnych badań.

W Heidelberg'u urządzono obszerną ciemnicę, służącą do wszystkich badań i doświadczeń, w ciemni podejmowanych. Jest to ciemnia w ścisłym fizykalnym znaczeniu tego wyrazu. Okna niezbędne do przewietrzania, mają podwójne szyby, których obie wewnętrzne powierzchnie są zacierzone.

O osobnych pokojach, rezerwowanych dla zamniejszych pensjonarzy.

Przyjmowanie do zakładu szpitalnego prywatnych chorych utrudnia i komplikuje zarząd szpitalem; mimo to prawie wszystkie

zakłady i oddziały szpitalne, nawet uniwersyteckie kliniki oczne posiadają osobne pokoiki dla osób zamożniejszych.

Dla ordynującego lekarza te prywatne pokoiki mają ogromne znaczenie, gdyż wygodnym jest mieć większość swych pacjentów zebranych w jednym miejscu, dogodnym też jest nie być zmuszonym do przenoszenia swych instrumentów i innych przyrządów z domu do domu, oraz do udzielania coraz to nowej obsłudze chorego tychże samych wskazówek i przepisów, co do zachowania się względem cierpiącej osoby i chorego organu. W różnych, nieraz nieznanych lokalach, w jakich lekarz w swej praktyce prywatnej bywa powołanym do czynu, napotyka się przeszkody, utrudnienia i niespodzianki, które nigdy w dobrze zorganizowanym zakładzie wydarzyć się nie mogą.

Przyjmowanie do zakładu zamożniejszych chorych na pozór daje się usprawiedliwić z finansowego punktu widzenia, mianowicie: że opłata wyższa, jaką ci pacjenci uiszczają, ma stanowić ulgę dla budżetu, obciążonego wydatkiem na utrzymanie niezamożnych chorych.

Zasadnicza idea w tej sprawie niezaprzeczenie ma rację bytu, w praktyce jednak przekonać się łatwo, że, skutkiem wysokiego ekspensu na utrzymanie tych prywatnych pokoi, materialna korzyść nie jest taką, jak by oczekiwać można, a nieraz nawet, mimo umęczenia dla osób, do zarządu szpitalnego należących, nie wykazuje żadnych dodatnich stron.

Stanowczo lepszą byłaby myśl, aby zamożni zdrowi ludzie wdzięczni, że ich los uchronił od fizycznych dolegliwości, materialnie wspierali niezamożnych pacjentów.

Skoro zakład przyjmuje zamożniejszych chorych, uiszczających wyższą opłatę, wówczas muszą być zawsze na pogotowiu pokoje dla pacjentów, różną opłatę wnoszących; tym sposobem musi istnieć, względnie stać pustkami, w pogotowiu większa liczba

pokoi, niż po temu zachodzi potrzeba. Stąd zaś wynika konsekwencja, iż przy danych rozmiarach całego gmachu, liczba sal musi być zwiększona, a zatem wymiary pojedynczego pokoju mniejsze. W rzeczywistości tak się też dzieje: szpitalne pokoiki prywatne są zazwyczaj nader szczupłe. Dla chorych zaś małe pokoiczki są bez wartości, gdyż w nich o wiele trudniej utrzymać równomierną ciepłotę i czystość powietrza, aniżeli w obszerniejszych salach. Wiadomo nadto, że oczni pacjenci nie lubią samotności; zamożniejsi więc życzą sobie lub wymagają opieki albo przynajmniej towarzysztwa kogoś z krewnych, blizkich lub znajomych tak, że chcąc zadosyć uczynić tym żądaniom, należałoby do prywatnych, i tak już małych pokoiów wstawiać dwa łóżka lub też dla jednego pacjenta rezerwować dwa pokoiki. Skoro w zakładzie nie istnieją różne klasy dla pensjonarzy, a jednak zajdzie potrzeba osobnego pokoju dla jednego pacjenta, wówczas można na ten cel oddać którąkolwiek z sal, co, w razie jeśli liczba pensjonarzy nie jest nadmiernie wygórowaną, zazwyczaj łatwo daje się uskutecznić, zwiększając, o ile to możebnem, liczbę pacjentów na pozostałych salach. Zresztą w przypadkach, w których ze względów lekarskich, wypada odosobnić chorego na oczy, izolacja zwykle trwa nie długo.

W znacznej większości zakładów ocznych, chorzy, którzy poddali się poważniejszej operacji, a zwłaszcza ci, co świeżo przebyli operację wydobycia zaćmy (katarakty), zostają, jeśli można, przez 5 do 8 dni odosobnionymi, a to w celu uchronienia ich od wszelkiej przykrości ze strony innych chorych, głównie zaś w celu pozbawienia ich możliwości prowadzenia niepotrzebnych pogadanek. Na ten jednak cel lepiej przeznaczyć obszerniejszą salę, aniżeli mały pokoi: większa przestrzeń powietrza w sali zrównoważa poniekąd braki, powstałe skutkiem li-tylko sztucznej wymiany powietrza; mniej

korzystne zaś są warunki w małych pokojkach, zaciemnionych i odciętych od działania promieni słonecznych.

W innych zakładach ocznych, np. w Utrechcie, więcej obawiają się przygnębienia umysłowego, prawdziwej zadumy (melancholji), nieraz owładającej osobami odosobnionymi, aniżeli wszelkich przykrości, wynikających ze wspólnego pobytu kilku pensjonarzy w jednej sali szpitalnej. W Utrechcie nigdy w zasadzie nie izoluje się chorych ocznych prócz szczególnych przypadków, które zmuszają do tego.

W Bazylei, gdzie oddział męzki znajduje się na pierwszym, kobiecy zaś na drugim piętrze, zarezerwowano dla prywatnych chorych na każdym piętrze po trzy pokoje: w jednym mieszczą się dwa łóżka, w pozostałych zaś w każdym po jednym łóżku. Z tych trzech pokoi dla prywatnych chorych dwa mniejsze zajmują powierzchnię tylko 12 kw. metr.; a pokój o dwóch łóżkach 18 kw. metr. Zatem, przy wysokości pokoi równej 4 metr., wymiar sześcienny, przypadający na jedno łóżko w mniejszym pokoju równa się 48 kub. metr., w większym zaś—36 kub. metr.

We Wrocławiu ludzono się nadzieją, że z przewyżki opłaty, wnoszonej przez zamożnych chorych, nad wydatkami, na nichłożonemi, można będzie utrzymywać niezamożnych pacjentów; lecz, przy największej oszczędności i przy najlepszych chęciach, nie można było dopiąć tego celu; bilans kliniki corocznie wykazywał deficyt, wahający się między 2000 a 2500 marek, aż ostatecznie w roku 1884 podwyższono etat kliniki ocznej o 2500 marek. Dotacja ze strony państwa wynosiła w 1880 r. 1800 marek, obecna zaś dotacja, czyniąca zadosyć potrzebom, wynosi 4500 marek. Każdy chory płaci 1 do 1,25 mk.; rzadko kiedy chorzy są w stanie płacić po 3 marki dziennie, a i w tym razie nie są t. z. prywatnymi pacjentami, gdyż tak samo pod każdym

względem są uważani i traktowani jak i zupełnie biedni chorzy.

W Heidelberg'u wszystkie pokoje, co do podłóg, pomalowania ścian i t. d. są zupełnie równe sobie, każdy pokój może uapędece przez wstawienie odpowiednich ruchomości być urządzonym jako gabinet pierwszej, drugiej lub trzeciej klasy.

W ocznej klinice w Halli nie ma pokoi dla zamożnych chorych; wszyscy pensjonarze kliniki należą do niezamożnej klasy ludności; chorzy zamieszkują sale, z których każda mieści w sobie po sześć łózek.

Reszta zakładów ocznych przyjmuje chorych wszelkiej zamożności, dzieląc ich na trzy lub cztery klasy, z mniej lub więcej wyraźnemi różnicami w umeblowaniu, położeniu, rozmiarze pokoju oraz w rodzaju pożywienia.

(Dokończenie nastąpi).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

SCHRONISKA DLA BIEDNYCH.

Dr. Becker. (Deutsche Vierteljahresschrift für öffentliche Gesundheitspflege. 1890. Bd. 22. H. 2).

Nadawszy artykułowi swemu tytuł ogólny, autor opisuje w nim jednak tylko rozmaite przytuliska, znajdujące się w Berlinie. Jest ich kilka rodzajów, odpowiednio do tego, kto nimi zarządza, jak również do tego, kto się do nich udaje. Porządni, uczciwi robotnicy, których żądza pracy lub wydoskonalenia się w rozmaitych rzemiosłach sprowadziła do Berlina, udają się przed znalezieniem sobie odpowiedniego zajęcia do jednego z dwóch wielkich jakby zajazdów, które połączone cechy (15) w mieście utrzymują. Przyjmują tam każdego, kto tylko nie ma wyglądu pijaka lub włóczęgi i może zapłacić za nocleg nie mniej jak 25 f. Zamożniejsi mogą dostać pomieszczenie za 30 f. do 1 marki za noc. Pomieszczenia te są jasne, czyste i tanie. Nadto zasługuje w nich na uznanie przestrzeganie przyzwoitości i moralności. W r. 1888 jedno z tych pomieszczeń (Oranienstrasse 105) przyjęło 18,721 osób, którym wydało 49,235 porcji jedzenia po 10—40 fenigów. Jedzenie jest smaczne i świeże. Obiad jada się tam przy wspólnym stole, aby przypomnieć gościom na-

wyknienia spokojnych mieszczan. W drugim, tak samo urządzonym przytułku (Augusstrasse 81) przyjęto w ciągu roku 1888-ego 11,335 gości. Przybyłe do przytułku osoby pozostają w nim tylko do czasu, w którym znajdują sobie zajęcie, najdłużej 8 dni. Składają w nich robotnicy, jeżeli chcą, próbki swojej pracy, co w r. 1888 dało 15-u tysiącom ich sposobność znalezienia miejsca.

Ponieważ mający zajęcie robotnicy do przytułku nie mogą być przyjęci, a mieszkania w Berlinie są bardzo drogie, więc odnajmują oni od lokatorów tak zwane „miejsca dla spania“ za 12—15 marek miesięcznie. Takich odnajmujących miejsca dla spania było dawniej w jednym mieszkaniu wielu, tak że warunki higieniczne były bardzo złe. Dlatego też w r. 1880 wydano rozporządzenie, mocą którego wynajmujący miejsca dla spania powinien dowieść, że ma dla siebie i swojej rodziny dość miejsca, i że miejsce dla każdej osoby, któraby u niego nocleg mieć chciała, zajmuje nie mniej jak 3 □ metry, przyczem powietrza jest dla każdej osoby 10 metrów sześciennych. Każdy, chcący mieć u siebie przychodnich lokatorów na nocleg musi o tem dać znać do policji, i ta ostatnia, sprawdzwszy na miejscu, czy pomieszczenie wspomnianym warunkom odpowiada, wydaje pozwolenie na przyjmowanie na nocleg odpowiedniej ilości osób. Nadmienić należy, że osoby niejednakowej płci nie mogą sypiać w jednym pokoju.

Trzeciego rodzaju pomieszczenia były dawniej w Berlinie znane jako „Pennen.“ Nocowali w nich ludzie zupełnie podupadli, nie mogący więcej nad 10—20 pfen. za nocleg zapłacić, przytem bardzo niewyraźnej wartości moralnej. Byli pomiędzy nimi, oprócz wyrobników, żebracy, złodzieje, włóczęgi i pijacy. Wszystko to było brudne, obszarpane i nadto wynędzniałe, tak że rozmaite choroby zakaźne znakomicie się pomiędzy tą klasą ludzi rozwijały i potem, jako epidemie, odpowiednie części miasta opanowywały. Działo się to tem łatwiej, że pomieszczenia dla tych ludzi były to nory w piwnicach, w których nieraz po 60—80 osób w brudnym swoim ubraniu na cienkiej warstwie przez pół zgniłej słomy tuż przy sobie leżało. Miasto nie mogło tego tolerować. Wydane więc zostało w r. 1880 rozporządzenie, zabraniające urządzania podobnych wspólnych noclegów. Dla każdej osoby musi być najmniej 3 □ metry mająca przestrzeń przeznaczona. Siennik, poduszka i wełniana kołdra muszą być dla każdej osoby oddziel-

ne i co miesiąc prane. Osoby niejednakowej płci nie mogą spać w jednym pokoju. Musi znajdować się w pokoju woda do picia i do mycia i sprzęty do tego ostatniego potrzebne. Jeżeli ktoś z przybyłych jest chory lub dopiero w nocy zachoruje, policja powinna być o tem zawiadomiona.

Pomimo tych surowych rozporządzeń, nieporządki w prywatnych noclegowiskach trwały, i dopiero teraz, kiedy założono nowy „przytułek miejski“ pewnie stosunki się poprawią. Wido-cznem to będzie z opisu jego, który niżej przytoczymy. Zobaczycie czytelnik, że jest w nim uwzględnionych wiele punktów, mających na celu zapobieganie rozmaitym chorobom wśród biednej klasy robotniczej i szerzeniu się ich po mieście. Nadmienimy jednak, że już od r. 1869 istniały w Berlinie dwa przytułki: jeden dla 300 mężczyzn, drugi dla 50 kobiet. Odznaczały się one czystością kompletną. Była w nich urządzona kąpiel, z której jednak stosunkowo mało korzystano, i waterklozety. Sprzętów do mycia było dużo. Przybyłych nie poddawano żadnej kontroli. Rano i wieczór każdy przyjęty dostawał kawałek chleba i ciepłą zupę.

Otwarty w końcu r. 1887 przytułek składa się: 1) z przytułku dla całych rodzin, 2) z przytułku dla osób pojedynczych pozbawionych noclegu.

1) W przytułku dla rodzin mieszkają całe podupadłe rodziny, aż do chwili wyszukania sobie stałego zajęcia i otrzymania przez to możności wynajęcia mieszkania. Budynek jest trzy-piętrowy. Na parterze od frontu mieści się cały zarząd. Trzy frontowe piętra przeznaczone są dla kobiet i dzieci, mniej niż lat sześć mających; prawa oficyna zajmowana jest przez mężczyzn; w lewej mieści się jadalnia dla kobiet, szkołka i pokój bawialny dla dzieci. Nadto w prawej oficynie znajduje się pomieszczenie dla lekarza i poczekalnia dla chorych.

Przybywając do przytułku, wszyscy muszą się przede wszystkim wykapać; rzeczy ich są tymczasem czyszczone, a niektóre sprzęty dezynfekowane w znajdującym się w pobliżu specjalnym zakładzie, o którym powiemy niżej. Następnie przybyli zostają przedstawieni lekarzowi, który w razie choroby orzeka, czy należy ich odesłać do szpitala, czy też można ich leczyć w przytułku. Pokoje sypialne są na 8—12 i więcej osób urządzone. Ściany ich są do wysokości 1 1/2 metra olejno pomalowane, ażeby można je było płynami odkażającymi obmywać. Wszędzie panuje nadzwyczajna czystość. Rano i wieczorem dostają wszyscy zupę z chlebem, w południe zaś

obiad—cztery razy tygodniowo z mięsem. Ojcowie mogą się w dzień widywać ze swoją rodziną. Wszyscy mogą, ile chcą, chodzić po mieście w celu wyszukania sobie zajęcia. Dłużej niż 8 dni nie powinna rodzina przebywać w przytułku; odchodząc, musi ona dowieść, że znalazła sobie mieszkanie. W ciągu jednego roku przyjeżdżo do tego przytułku 5111 osób, z których 354 było chorych. Ambulansowo leczono 621 osób.

2) Przytułek dla pozbawionych noclegu mieści w sobie 10 z góry i z boku oświetlonych wysokich sal, wychodzących na wspólny długi korytarz. W każdej sali znajduje się 60—70 drewnianych łóżek; w każdym kącie sali znajdują się przybory do mycia dla trzech osób. Wentylacja jest znakomita. Ogrzewanie odbywa się za pomocą ciepłego powietrza. Jest ono starannie regulowane. Podłoga, łóżka i ściany (do wysokości 1,5 m. olejno pomalowane) są codziennie starannie zamiatane, skrapiane wodą i obmywane 5% kwasem karbolowym. Klozety znajdują się dość daleko od sal, korytarzem od nich przedzielone. Przestrzega się bardzo pilnie, aby wszyscy przybywający kąpali się. Jednocześnie kąpie się 20 osób. Tymczasem rzeczy ich odkażają się w specjalnym piecu, znajdującym się w piwnicy. Ta ostatnia ma z kąpielą bezpośrednią komunikację.

Pozbawieni noclegu przyjmowani są od 4 po południu do drugiej w nocy. Przybyli do 8½ dostają po 900 grm. zupy i po 200 grm. chleba. Zrana, odchodząc, wszyscy dostają tyleż zupy i chleba. Chorych gorączkujących nie przyjmuje się wcale; odsyła się ich przez policję do szpitali. Nie gorączkujący przedstawiani są zrana lekarzowi, który orzeka, czy mają być leczeni ambulansowo, czy też muszą być do szpitala odesłani. Z pomiędzy 220767 osób, w ciągu roku przybyłych, było 2226 chorych, których odesłano do szpitali.

Za opisanym zakładem z tyłu znajduje się duży budynek dla odkażania rzeczy. Trzy ogromne kotły dostarczają potrzebnej do tego pary, której działaniu poddaje się wszystko, co tylko się od tego nie niszczy. Inne rzeczy odkażają się za pomocą kwasu karbolowego.

Przyznać więc trzeba, że opisane przytuliska odpowiadają wszelkim wymaganiom higieny i sanitarnej policji. Zapobiegają one w dwojaki sposób szerzeniu się wszelkich chorób zakaźnych: popierwsze, ułatwiając odesłanie do zakładów leczniczych chorych, zanim ci na miasto wyjdą i innych zarażą, podrugie, niszcząc przy odka-

zaniu ubrania zarodki wszelkich chorób zakaźnych, które chociaż jeszcze danego osobnika nie opanowały, jednakże później, rozwinięszy się, mogłyby jego i tych, z którymi się on styka, o chorobę przyprawić. *W. Janowski.*

NOTATKI BIBLIOGRAFICZNE.

Zakopane jako miejsce klimatyczne. Napisał D-r *S. Ponikło*. Kraków 1890, str. 42 Tablic VII.

Studjum klimatologiczne o Zakopanem zawiera w sobie obraz względnie pełny i obiektywny tego uzdrowiska; rozumie się, pełny o tyle—o ile szczerze dane na to pozwoliły, obiektywny zaś—o tyle, o ile może człowiek pożytek bliźnich na celu mający może na zimno o dobrodziejstwach natury pisać.

Po za wiadomościami klimatologicznymi, które autor objaśnił tak, by i nieznający zasad meteorologii go rozumieli, znajdujemy wskazania i przeciwwskazania ku używaniu powietrza Zakopańskiego.

Końcowe uwagi zwracają się do tych wszystkich, którym czas, inteligencja i miłość kraju pozwoli badania szczegółowsze nad własnościami uzdrowiska tego prowadzić. Z danych klimatologicznych wybitnymi cechami Z. są: 1) ciśnienie powietrza jest o $\frac{1}{10}$ mniejsze niż w nizinach; 2) średnia ciepłota roczna jednostajniejsza niż w Krakowie; 3) silne promieniowanie słoneczne; 4) mierna wilgotność powietrza; 5) korzystny stan zachmurzenia; 6) obfity opad meteoryczny; 7) chemiczna i bakterjologiczna czystość powietrza; 8) korzystny stan i kierunek wiatrów; 9) dość znaczne napięcie elektryczne atmosfery i zawartość ozonu.

Cechy te czynią Zakopane „miejscem klimatycznym alpejskim o średnim wyniesieniu ponad poziom morza — uzdrowiskiem alpejskiem par excellence.“

W części drugiej autor rozważa różne stadja chorób przewlekłych, o ile nadają się one do leczenia w uzdrowisku alpejskim.

Ster.

Kilka słów o higienicznym znaczeniu sportu kołowego. Podług prof. v. Nussbauma, skreślił *D-r Fr. L. Neugebauer*. Warszawa 1890, str. 15.

Broszura składa się z dwóch części:

Pierwszej—właściwego streszczenia, i drugiej apologji autora, zwolennika sportu kołowego,

któremu za złe niektórzy brać mają, że jako lekarz na kołowcu jeździ, nie bacząc na swe stanowisko.

W części drugiej autor swego dowiódł i przekonał, że lekarz ma prawa ludzkie, a sport kołowy nikogo nie hańbi.

W części pierwszej—o ile się zgodzić możemy na zaliczenie jazdy na kołowcach do rzędu pożytecznych środków gimnastycznych lub terapeutyczno-mechanicznych, o tyle razi nas przesada w miarowaniu znaczenia tego środka. Przecież wszelką gimnastykę odbywać można na świeżem powietrzu, a podróżnik kołowcowy nieraz nałykać się może kurzu. Najpoważniejszy więc argument zwolenników kołowca jest nieco przesadzony.

Co znaczyć ma dalej takie zdanie (str. 7) „Szczególnie rozdrażnienie nerwów nadaje się do sportu kołowego. Już po kilku tygodniach giną objawy choroby jeden po drugim...”

A na str. 8: „W przeciągu kilku tygodni giną objawy rozdrażnienia systematu nerwowego, następuje kompletne odrodzenie się człowieka *neurastenika*.”

Co najmniej—za silnie powiedziane.

Wreszcie zauważymy, jak każdy sport—jazda na kołowcu dostępna być może jedynie ludziom mającym i dla tego nazwać ją można dla nich zabawą pożyteczną, higieniczną—o ile pamiętać będą o radzie samego autora: „*Ne quid nimis!*”

Ster.

KRONIKA.

ROZPORZĄDZENIA RZĄDOWE.

Okólnik Departamentu Medycznego Ministerjum Spraw Wewnętrznych z d. 9 Lipca r. b. za N. 4682 o zajęciach hypnotycznych:

Z uwagi, 1) że publiczne przedstawienia hypnotyczne, nader szkodliwie działają na zdrowie nie tylko tych osób, z którymi dokonywane są doświadczenia hypnotyczne, lecz i na widzów, przyczem hypnotyzowani ulegają różnym chorobom histerycznym, nerwowym, a nawet umysłowym, przybierającym niekiedy charakter epidemii manii hypnotycznej, 2) że podobne publiczne reprezentacje hypnotyczne, dają możność ludziom złej woli, sposoby wystudjowane podczas seansów, zużytkować następnie w zamiarach niemoralnych lub występnych, 3) że w ogóle przedstawienia hypnotyczne, bez stosownych i racjonalnych wyjaśnień, mogą zrodzić w publice pojęcia fałszywe, a nawet przesady, po skończeniu zaś doświadczeń, mogą być przyczyną nie tylko zakłócenia przez medja spokojności publicznej i porządku, lecz nawet występów; Rada Medyczna postanowiła: 1) zabronić przedstawień publicznych z dziedziny hypnotyzmu oraz magnetyzmu, 2) po-

zwolenia zaś na stosowanie hypnotyzmu, jako środka leczniczego, powinny być wydawane przez władze administracyjne i tylko lekarzom, z zastrzeżeniem dopełnienia warunków wymaganych przez prawo (art. 115 T. XIII Ust. Lejar.) t. j. ażeby doświadczenia z chorymi, dokonywane były bezwarunkowo w asystencyi innych lekarzy.

J. E. Jenerał Gubernator Warszawski, reskryptem z d. 7. Sierpnia r. b. Za № 8352, zawiadomił p. Ober-Policmajstra m. Warszawy iż Towarzysz Ministra Spraw Wewnętrznych, dozwolił kilku lekarzom, pod bliższym kierunkiem i odpowiedzialnością Teodora Boryssowicza, lekarza, otworzyć w m. Warszawie, prywatny, gynecologiczny zakład leczniczy.

BULETYN SANITARNY ZA M. CZERWIEC R. B. (1 — 29 Czerwca — 2 Sierpnia).

Tabl. A.	27 tydz.		28 tydz.		29 tydz.		30 tydz.		31 tydz.		Razem		Ogółem
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	
Urodzenia	266	242	193	171	200	204	222	175	194	188	1075	980	2055
Noworodki martwe	4	8	9	6	12	7	9	8	7	10	41	39	80
Zmarli mieszk. Warsz.	98	102	114	78	106	109	101	94	106	94	525	477	1002
" przyjezdnych	16	8	20	5	13	13	7	6	16	10	72	42	114
Dzieci do lat 5 z m. Warsz.	57	52	76	44	69	75	70	59	66	50	338	280	618
" przyjezd.	7	3	9	3	5	2	1	3	5	4	27	15	42
Z chorób zakażn. w ogóle	16	18	17	11	21	28	12	14	17	22	83	93	176

Liczba urodzeń w lipcu zmniejszyła się w porównaniu z czerwcem z 450 na 411 tygodniowo. Liczba wypadków śmierci spadła także, wynosząc 200 na tydzień, gdy w czerwcu 203. Dzieci do lat 5 stanowiły 61,7% ogółu zmarłych (w czerwcu 57,6%); średnia liczba dzieci, umierających w ciągu tygodnia, wynosiła 124 (w czerwcu, maju i kwietniu 117). W lipcu zatem dał już się odczuć wzrost śmiertelności wśród dzieci, właściwy porze gorącej i spowodowany przeważnie chorobami żołądka. Od chorób zakaźnych umierało średnio na tydzień 35 osób liczba ta jest cokolwiek mniejsza od odpowiedniej dla czerwca (37); zmarli z chorób zakaźnych stanowili 17,6% ogółu zmarłych (w czerwcu 18,1%). Tak więc siła chorób zakaźnych niewiele zmalała w porównaniu z czerwcem

Przyczyny śmierci	27 tydz.		28 tydz.		29 tydz.		30 tydz.		31 tydz.		Razem	ogółem
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.		
Ospa	5	3	7	2	7	6	5	3	3	6	27	47
Szkarlatyna	-	-	2	2	4	2	1	1	4	1	11	17
Dyfteryt	3	2	3	2	5	8	3	3	6	5	20	40
Tyfus brzuszny	-	3	1	1	-	-	-	-	-	1	2	5
Zapalenie mózgu	7	3	6	5	4	7	3	5	4	3	23	46
" oskrzeli.	1	-	3	3	-	4	3	2	2	2	9	20
" płuc	9	11	9	9	8	8	8	8	6	6	40	82
Suchoty płuc.	18	11	13	8	14	8	10	14	9	10	64	115
Nieżyt kiszek.	21	17	27	13	26	30	30	20	28	18	132	230

Pomiędzy chorobami zakaźnymi na pierwszym miejscu stały: ospa, pochłaniająca 9,4 ofiar tygodniowo; dyfteryt 8 tygodniowo (odpowiednie liczby w czerwcu: 10,8 i 10). Obie te choroby zmniejszyły zatem cokolwiek swą siłę w porównaniu z czerwcem. Śmiertelność, wynikająca z zapalenia oskrzeli i z zapalenia płuc, zmniejszyła się znacznie, śmiertelność z suchot również była cokolwiek mniejsza, aniżeli w czerwcu. Za to wzrosła w wysokim stopniu śmiertelność, wynikająca z niezytu kiszek, wynosząc 46 wypadków śmierci na tydzień, gdy w czerwcu tylko 27,3. Śmiertelność z tej przyczyny dotknęła głównie dzieci do lat 5-ciu. W stosunku do ogólnej liczby zmarłych, zmarli tej ostatniej kategorii stanowili 23% w czerwcu 13,4%).

C.	27 tydzień	28 tydzień	29 tydzień	31 tydzień	30 tydzień	Średnie	Og. suma
Procent roczny zm. na 1000 m.	22,81	21,90	24,53	22,24	22,81	22,86	-
Zawarto zw. mał.	106	108	92	68	90	93	464
Wysok. barom.	746,95	746,83	751,04	746,92	752,62	748,87	-
Śred. temperatur.	20,10	17,73	21,76	16,01	19,76	19,07	-
Suma opadu	12,5	8,2	4,6	49,9	2,0	15,4	77,2
Kierunek wiatru.	SW.	W.	N.	W.	W.	-	-

Wysokość barometru była prawie normalną. Kierunek wiatru panujący również, jak w czerwcu, zachodni. Średnia temperatura 5 tygodni wypadła o 0,2° wyższą od normalnej dla lipca. Nie można jednak powiedzieć, ażeby lipiec r. b. pod względem zmian temperatury znajdował się w warunkach normalnych: temperatura była nadzwyczaj zmienna; o ile tydzień 27, a szczególnie 29 odznaczały się wielkimi upałami, o tyle tygodnie 28 i 30 miały momenta, w których chłód dotkliwie uciec się dawał. Amplituda wahań temperatury w ciągu 5-u rozważanych tygodni była niezwykle wielką, wynosząc 27,7°. Maximum temperatury 34,7° obserwowano w d. 18, minimum — w d. 28, wynoszące 7,0°. Jak widzimy, najwyższa w r. b. w lipcu obserwowana temperatura blizką była najwyższego obserwowanego w lipcu maximum, wynoszącego 36,5° (w roku 1873); najniższa temperatura w lipcu w ciągu 55-letniego peryodu wyniosła 5,0°. Suma opadu z 5-ciu tygodni wypadła o 17 mm. prawie wyższą od normalnej dla lipca. Jeżeli jednak wy-

łączymy dzień 21 lipca, w ciągu którego notowano 35,8 mm. opadu to pokaże się, że rozważany peryod czasu odznaczył się większą suszą, aniżeli bywa normalnie, gdy bowiem normalnie w lipcu przypada na dzień 1,95 mm. opadu, na każdy z owych 34 dni wypadło w przecięciu tylko 1,22 mm. Dni z deszczem było też tylko 13.

Wśród takich warunków atmosferycznych lipiec r. b. wykazał zniżoną w porównaniu z czerwcem śmiertelność, wynosząca 22,86 na 1000 mieszkańców rocznie (w czerwcu 23,13). Ten pomyślny objaw przypisać należy względnie przyjaznym warunkom atmosferycznym, panującym w czerwcu, których wpływ dał się odczuć w śmiertelności następnego miesiąca.

Dodać też należy, że śmiertelność w 5-u rozważanych tygodniach niższą była w r. b., aniżeli w którymkolwiek z lat poprzednich. Procent śmiertelności w tygodniach od 27 -- 31 wynosił:

w roku 1885	— 35,26
„ 1886	— 25,15
„ 1887	— 25,11
„ 1888	— 24,66
„ 1889	— 35,00

Srednio 29,04

A zatem warunki zdrowotne w r. b. były, widocznie w tej porze wyjątkowo pomyślne. *M. C.*

FABRYKA ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH W WARSZAWIE.

Świeżo otwartą została w Warszawie fabryka środków opatrunkowych p. Wodniakowskiego (skład przy ulicy Marszałkowskiej 148), która obok środków opatrunkowych wyrabia na miejscu przyrządy gumowe w zakres chirurgji wchodzące. Tak więc sprowadzanie z zagranicy aparatów tych pochłaniające wciąż jeszcze dość znaczne sumy z kraju staje się coraz bardziej zbytecznym.

KUCHNIE RESTAURACJI PARYZKICH.

Przykre położenie kucharzy paryzkich zmusiło ich do złożenia zażalenia w radzie municypalnej Paryża. Ta ostatnia wyznaczyła komisję, która zbadała rzecz na gruncie i przyszła do wniosku, że skargi kucharzy są zupełnie słuszne. W najwykwitniejszych nawet jadłodajniach kuchnie są bardzo małe. Brak więc tam miejsca, a przez to świeżego powietrza. Bardzo nieznaczna wysokość kuchen pogarsza sprawę; gorąco zaś robi te przybytki męczarni wprost nieznośnymi, gdyż temperatura w większości kuchen przewyższa o 10^o—20^o C. temperaturę atmosfery. Okna są zwykle bardzo małe i wąskie. Ponieważ większość kuchen mieści się w suterrenach, jest w nich bardzo ciemno. Pali się tam ciągle gaz,

który jeszcze więcej podnosi temperaturę i którego produkty spalania, domieszane do wyziewów z potraw i naczyń, czynią powietrze bardziej jeszcze dusznem. Przytem odświeżanie go z zewnątrz jest niemożliwym, gdyż sąsiedzi i konsumenci stawiają temu opozycję. Leje się więc z kucharzy i kucharek pot całemi strugami. W takim znajdując się stanie, muszą oni często wybiegać do spiżarni, w której znowu jest zimno, jak w lodowni. Nie więc dziwnego, że ta klasa ludzi ginie przedwcześnie od chorób, szczególnie w pośród niej rozwiniętych. Należy do nich przedewszystkiem alkoholizm i jego skutki; dalej następują: niedokrwistość, gruźlica płuc, reumatyzm, cierpienia wątroby ostre i chroniczne; wreszcie żylaki nóg, wrzody żylakowate, przepukliny i rozmaite wysypki dają się widzieć niemal u każdego kucharza. Rzecz prosta, że inne nie profesjonalne choroby bynajmniej nie szęczę kucharzy. Jest więc tu sporo przypadków zapalenia płuc, opłucnej i t. d.

Szczególną wiotkością odznacza się u kucharzy cały układ mięśniowy. Można jest prawie zawsze słabo napiętą i przez to wydłużoną, czasami do 15-u cm.

Straszne gorąco wywołuje powiększone pragnienie; osłabienie zaś wymaga, aby napój był krzepiącym. Ztąd też piją kucharze z początku wino, potem wódkę; absynt i cała serja środków gorzkich ma poprawić osłabione łaknienie. Stopniowo dochodząc do nadużyć, kucharze dobijają się wspomnianymi napojami.

Już alkoholizm sam usposabia do gruźlicy. Jeżeli nadmienimy, że większość kucharzy rozpoczyna swój zawód za młodu, niszcząc organizm swój wtedy, kiedy nie posiada on jeszcze dostatecznej odporności, że zmuszeni są oni ciągle przelatywać z podzwrotnikowo gorącej kuchni do zimnej spiżarni, że wreszcie wszyscy oni mają pewne stałe podrażnienie błon śluzowych dróg oddechowych, łatwo będzie zrozumieć, że choroba doskonale może się na takim gruncie rozwijać, że więc gruźlica musi być u tych ludzi bardzo częstą. Tak też jest rzeczywiście.

U innych wilgoć i zmienna temperatura wywołuje reumatyzm.

Cierpienia skórne, wypryski, odznaczają się nadzwyczajną uporczywością i nieustają nawet przy najenergiczniejszym leczeniu, jeżeli chory nie usunie się od zajęć kucharskich chociaż na kilka tygodni. Wtedy wszystko goi się doskonale. Dość jest jednak pacjentowi wrócić do zajęcia, a wnet wysypka znowu się pokazuje.

Cierpienia dróg pokarmowych są u kucharzy również bardzo uporczywe, gdyż ludzie ci jedzą bardzo nieregularnie, raz dniem, raz nocą, spożywając złe mię-

so i ciągle przytem kosztując rozmaite potrawy. Wielu z nich nigdy niema apetytu, zupełnie źle trawi, ma odbijania się, zgagę chroniczną, biegunkę lub zaparcie. U pijących widzimy często marskość wątroby; dość często występuje też żółtaczka ostra.

Te i inne jeszcze choroby, rozpowszechnione pośród kucharzy zmusiły radę municypalną Paryża do wydania rozporządzenia następującej treści: Kuchnia musi mieć najmniej 3 m. długości 2,5 m. szerokości i 2,8 wysokości. Okna jej muszą wychodzić na ulicę, lub podwórko, mające najmniej 4,5 m. w kwadracie, nie zakryte. Musi w niej być o tyle jasno, aby dniem gaz nie był potrzebny. Musi w niej być staranna wentylacja. Podłoga ma być nieprzemakalna, gładka. Tę samą własność powinna mieć dolna część ściany do wysokości 1,5 metra. Pomieszczenie do zmywania statków musi być oddzielne. Śpiżarnia ma być od kuchni oddzieloną. Żadne miejsce ustępowe nie może znajdować się w pobliżu kuchni ani śpiżarni. To samo stosuje się do miejsca wypoczynku dla kucharzy.

L. Reuss. An. d'hygiène T. 23, Nr 6.

W. Janowski.

Dr Roth.

O SZERZENIU SIĘ TYFUSU ZA POŚREDNICTWEM MLEKA.

Wiadomą jest rzeczą, że w mleku rozwijają się bardzo dobrze niektóre z pasorzytów. Pokazały to badania Löffle'a, Raskin'ej, Kitasato i Hesse, którzy otrzymywali rozmaite hodowle na pożywkach, z mleka przygotowanych. Wiadomym jest powszechnie fakt, że laseczniki gruźlicze rozwijają się dobrze w mleku. Głośnem stało się również spostrzeżenie Klein'a (1885), że epidemje szkarlatyny zależą od zanieczyszczenia mleka swoistymi pasorzytami. Tyfus brzuszny może również za pomocą zakażonego mleka się szerzyć. Autor przytacza w swojej pracy 10 epidemij tyfusu brzuszego, powstałych skutkiem użycia mleka, zakażonego prątkami tej choroby.

W 8-iu przypadkach epidemja powstała wskutek zmywania naczyń, do mleka używanych, wodą, zanieczyszczoną wydzielinami z miejsc ustępowych. W dwóch przypadkach mleko było bezpośrednio kąłem chorych tyfusowych zanieczyszczone. I trzecią tego rodzaju epidemję podaje autor. Miała ona miejsce w Belgradzie. Krowa roznosicielki mleka była zdrowa, ale mleko, zanim było roznoszone, stało w pokoju tuż przy łóżku jej córki, chorej na tyfus. Nie ulega więc wątpliwości, że mleko było tu pośrednikiem w zakażeniu. Co zaś do tego, jak ono samo zostało zanieczyszczone, istnieją dwie możliwe drogi: albo właścicielka krowy zanieczyszczała mleko

przy dojeniu nieczystymi palcami, albo też zanieczyszczenie miało miejsce w pokoju, wskutek opadnięcia w nie wyschłych rozmaitych zakażonych odpadków. Niebezpieczeństwo więc używania mleka bez wszelkich ostrożności jest widocznem. Dlatego też należy poddawać kontroli weterynaryjnej zwierzęta, mleko zaś należy zalecać sprzedającym trzymać w zakrytych naczyniach i w chłodnem miejscu. Niemożliwem będzie w ten sposób opadanie z powietrza rozmaitych zarazków do mleka, co dla dzieci ma zawsze pierwszorzędne znaczenie. Z drugiej jednak strony, konsumenci powinni przez ostrożność używać zawsze mleko tylko przegotowane. Jeżeli w domu właścicielki krowy wybuchnie jakakolwiek zakaźna choroba, należy osobę chorą usunąć od wszelkiej styczności nawet pośredniej z mlekiem, przeznaczonem do sprzedaży; jeżeli zaś to jest niewykonalnem, należy zabronić używać mleko aż do czasu zniknięcia choroby w domu osoby, mającej krowę.

W. Janowski.

Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. 1890. T. 22. str. 237.

POBIELANIE NACZYŃ SPŁAWEM MIEDZI Z NIKLEM.

Naczynia kuchenne, pobielane spławem trzech części miedzi i jednej części niklu, zostały zbadane przez pr. Garnier w Nancy. Okazuje się, że ile razy potrawa, ugotowana w takim naczyniu, jest kwaśną (kw. szczawiowy z cebuli, kw. mleczny z chleba), nabiera ona nieprzyjemnego i charakterystycznego smaku. Pobielenie więc to jest niebezpiecznem ze względu na możność otrucia przy użyciu takich naczyń w gospodarstwie domowem.

An. d'hygiène T. 24. Nr 1.

W. Janowski.

WYJAŁAWIANIE MLEKA ZA POMOCĄ GORĄCA, przez D-ra VINAY, prof. un. w LYONIE.

W celu zabicia pasorzytów w mleku, wyjąławianie za pomocą długotrwałego przegotowania jest najpewniejszym. Że jednak takie mleko trawi się inaczej, lepiej jest wyjąławiać je według następującej bardzo łatwej metody. Nalewa się w niewielkie naczynie tyle mleka, ile go na jeden raz dla dziecka potrzeba. Naczynie powinno być takie, aby mleko wypełniło je do szyjki. Ustawia się je po zakorkowaniu watą (Vinay), nad wodną kąpielą tak, aby dno do wody nie sięgało i ogrzewa się przez 35—40 minut. Wyjąławianie to nie jest, rozumie się, zupełnem; jednakże pasorzyty, wywołujące fermentację mleczną, giną przy nim zupełnie. A o niegłównie nam chodzi przy sztucznem karmieniu dziecka. Jakkolwiek takie mleko nie ścina się w ciągu kilku tygodni, jednak rozsądniej jest używać je nie później, jak w 6—8 godzin po dokonaniem wyjął-

wieniu. Nie ulega takie mleko żadnym zmianom w składzie cząstkowym, jakie zachodzą w mleku, które wrzało. Przytem nie tworzy się na nim korzuch, który, składając się w części z wapna i siarki, widocznie powstaje kosztem pewnych części rozpuszczalnych, wpływających bardzo na wartość płynu. Buteleczka z płynem powinna być trzymana w zimnym miejscu. Przed użyciem należy ją pogrążyć na kilka minut do ciepłej wody, ażeby mleko miało ciepłotę ciała ludzkiego. Wyjawszy następnie korek watowy, nasadza się na szyjkę buteleczki mamkę i daje się dziecku ssać. Raz odkorkowane mleko powtórnie użytym być nie może. Przelewanie mleka w inne naczynia nie powinno mieć miejsca, gdyż idzie właśnie o to, aby go nie zakażać pasorzytami, znajdującymi się w tych naczyniach. Ten sposób wyjaławienia nazywa się pasteryzacją. Drugi polega na wyjaławianiu mleka, również rozlanego w małe flakoniki, zawierające go tyle, ile dziecko na raz zużywa, w prądzie pary w ciągu jednej godziny.

Jak wiele znaczy używanie mleka jałowego, przekonywają nas badania Puteren'a, który wykazał, że przy karmieniu dzieci mlekiem krowiem znajdujemy w ich żołądku o 20% więcej rozmaitego rodzaju pasorzytów, niż wtedy, kiedy dzieci ssą pierś. Na zmniejszenie ilości bakterji wpływa również czystość dziecięcej jamy ustnej. Przy starannem przestrzeganiu jej bakterji prawie niebyło. Łatwość mnożenia się bakterji w żołądku tłumaczy się tem, że kwas solny dopiero w koncentracji 1,6‰ przeszkadza fermentacji, a u dzieci znajduje się go 0,6‰—0,8‰. Dlatego też używanie jałowego mleka przy sztucznem karmieniu jest tak ważne. Jest ono w stanie nie tylko zapobiegać rozwinięciu się chorób przewodu pokarmowego u dzieci, ale nawet wyleczyć je z choroby już istniejącej, jak to pokazały badania z polikliniki Lipskiej. Otrzymane tą drogą wyniki były tak dobre, że zarząd Lipska nakazał aptekarzom mieć letnią porą mleko, poddane pasteryzacji. Autor twierdzi, że w przypadkach, w których używanie jałowego mleka samego przez się nie daje jeszcze pożądaných wyników, należy je rozcieńczać przed wyjałowieniem wodą w odpowiednim stosunku, gdyż zwykle takie mleko zawiera zawiele kazeiny. Jest rzeczą ważną, aby mleko wyjaławiano wkrótce po wydojeniu, gdyż w przeciwnym razie zdążą w nim rozwinąć się przed wyjałowieniem jeszcze pasorzyty w takiej ilości, że produkty ich przemiany, ptomainy, zrobią mleko do użytku niezdatnem.

W. Janowski.

An. d'hygiène. 1890 T. 24. Nr 1.

OKREŚLENIE ILOŚCI TŁUSZCZU W MLEKU, ŚMIETANCE I INNYCH PRZETWORACH MLECZNYCH.

Sposób Stokesa: 10cm³ mleka świeżego wlewa się do naczynia (ze skalą do 50cm³) i dodaje się stężonego kwasu solnego do 20cm³ objętości. Jeżeli mleko jest skwaszone, wtedy odważyć należy 10 grm. i splukać kwasem solnym by mieszanina wyniosła 20 ctm³.

Mieszanina zagrzewa się do wrzenia, kłóćąc często, a kiedy stanie się ciemną, pozostawia się w spokoju przez 3 minuty; ciecz staje się wtedy jeszcze ciemniejszą; pogrąża się potem naczynie w wodę zimną a następnie dodaje się eteru do 50 ctm³. Po zakorkowaniu trzeba kłócić przez ½ minuty, następnie zaś odstawić na 5 minut. Z warstwy eteru bierze się 20 ctm³ na miseczkę, wyparowuje się eter, a reszta, t. j. tłuszcz, waży się. Następnie mierzymy objętość pozostałego eteru. Ta czynność często jest utrudnioną przez warstwę sernika, która się tworzy między ciemną warstwą mleka i jasną—wyciągu eterowego. W tym razie można z dostateczną dokładnością przyjąć, że w warstwie jasnej ¾ stanowi wyciąg eterowy.

Znając całą objętość wyciągu eterowego i ilości zawartego w nim tłuszczu, obliczamy ilość tłuszczu w mleku.

Mieszaninę kwasu solnego i mleka należy gotować nie dłużej nad 2 minut. Mleko, zmieszane z dużą ilością wody, nie ciemnieje, ponieważ zawiera zbyt małą ilość cukru mlecznego; mleko zgęszczone lub słodzone prawie czernieje.

Całe postępowanie powyżej opisane wymaga 20 minut czasu; nie jest jednak mniej dokładnem od innych.

Badano np. mleko ciężaru właściwego 1,031 zawierające 12% części stałych, ztąd ilość tłuszczu wliczono=3,54%. Przy postępowaniu zaś powyżej opisanem z 10ctm³-ami tegoż mleka, w 20ctm³ wyciągu eterowego znaleziono 0,277 grm. tłuszczu, w naczyniu zostało 6,5 ctm³ wyciągu. Ztąd ilość tłuszczu=

$$\frac{0,277 \cdot 26,5}{2 \cdot 1,031} = 3,55\%$$

Budzyński, który sprawdzał różne sposoby określania tłuszczu w mleku—przyznaje powyższemu dokładność. Zbudował on przyrząd, w którym gotuje mieszaninę mleka i kwasu solnego i kłóci mieszaninę tę z eterem.

Mleko hermetycznie zamknięte w czystym metalowem naczyniu po kilkakrotnem przegotowaniu trwało bez zmiany przez lat trzy. Doświadczenie to zrobiono w Londynie.

Proszek z mleka. W Stendorf wyrabiają łatwo rozpuszczalny w wodzie proszek z mleka. Do dziś wię-

kszość proszków podobnych rozpuszczała się w wodzie dopiero po dodaniu syropu cukrowego.

Wino mleczne. We Francji przygotowują je podług recepty prof. Dujardin-Beaumetz'a: 1 litr mleka, 10 grm. cukru i 4 grm. drożdży, wlewa się do czystej butelki, kłóci się dobrze i mocno zakorkowane, stawia w chłodnym miejscu.

Rada zdrowia m. Lipska poleciła następujący szemat karmienia dzieci mlekiem zjałowionem:

	mleka krowiego	wody	Ekstraktu słod.	Ilość porcji
W 1 mies.	350	250	3 $\frac{1}{2}$ łyż. mał.	8 razy po 75cm. ³
2	450	400	4 $\frac{1}{2}$	7 128
3	550	400	5 $\frac{1}{2}$	7 136
4	650	350	5	7 143
5	750	250	4	6 166
6 i 7	850	150	4	6 166
od 8	1000	czystego	mleka	6 166

(List. norm. stol.)

Ster.

DYM TYTONIOWY I MIĘSO.

Dr Bourrier, jeden z inspektorów lekarskich m. Paryża, zrobił doświadczenie następujące: 4 funty mięsa wołowego poddał kilkunastogodzinnemu działaniu dymu tytoniowego. Mięsa tego niechciał jeść zgłodniały pies. Porąbane na drobne kawałeczki zmieszano mięso to z innym pożywieniem i dał psu, który po zjedzeniu zdechł przy objawach otrucia. Toż samo powtórzyło się przy doświadczeniu z cielęcina i kociem mięsem: szeszyry niem karmione pozdychały, pomimo że mięso przewędzone w dymie tytoniowym pieczono następnie, przyczem część dymu została wypartą. Wniosek ze swych doświadczeń B. stawia taki: niedopuszczać dymu tytoniowego do rzeźni, jatek, kuchni, jadalni nawet, ponieważ małe ilości nikotyny, nie wywołując objawów zatrucia, wywołują zaburzenia w trawieniu.

(Allg. med. C. Z. Nr 10)

Ster.

PALENIE TYTONIU.

Dr. Walicka badała wpływ tytoniu na organizm 1000 robotników pracujących w 12 fabrykach tytoniowych w południowej Rosji. Rezultaty swych badań przynosi autorka i na palaczy, opierając się na doświadczeniach nad zwierzętami; te ostatnie jednakowo reagowały, w wypadkach gdy im pod skórę wstrzykiwano nikotynę, lub gdy oddychały dymem tytoniowym.

Otóż skutki wpływu tytoniu wykazały:

1. Zmniejszenie się wagi ciała pracujących w fabrykach dzieci.
2. Zmniejszenie pojemności klatki piersiowej.

3. Skrócenie długości życia w ogóle.

4. Objawy nerwowe.

Przeciw wnioskowi autorki możnaby tylko nadmienić że wielka część ujemnych skutków pracy w fabrykach tytoniowych odnieść się da nie do nikotyny, lecz do ujemnych warunków pracy fabrycznej w ogóle. Co się tyczy dzieci w szczególności, to ujemny wpływ palenia tytoniu na nich tak się wyraża:

1. *Złe postępy w naukach* wskutek wpływu nikotyny na mózg.

2. *Złe sprawowanie* wskutek rozwijających się wrażliwości, rozdrażnienia i zbytnej pobudliwości systemu nerwowego.

3. *Ogólne wycieńczenie* i bezkrwistość, jako skutek a) gorszej przyswajalności materji azotowych [wpływ dyspeptyczny nikotyny], b) bezsenności i braku apetytu.

4. *Zbyt wczesne* zjawienie się popędu płciowego.

5. Rozwój chorób nerwowych lub ich pogorszenie.

(Ziemsk. Wr. Nr. 7 i 9).

Dr Lyman podaje następujące skutki, które palenie tytoniu za sobą pociąga:

1. bicie serca, 2. brak apetytu, 3. dyspepsja, 4. zapalenie gardła, 5. katar nosa, 6. osłabienie wzroku, 7. zwiększony popęd do wyskoku.

Ster.

STATYSTYKA ŚMIERTELNOŚCI PODŁUG ZAJĘĆ W ANGLJI.

Dr Ogle ogłosił sprawozdanie ze śmiertelności w Anglii za ostatnie lat dziesięć. Prócz podziału podług professji [100] istnieje podział śmiertelności wśród robotników na 2 kategorie: od 25 do 45 lat i od 45 do 65. Oto ciekawsze cyfry, obliczone „pro mille.“

Śmiertelność ogólna od 25—45 lat wynosi 10, 16, a od 45 do 65 wynosi 25, 27.

Z tego wśród osób mających zajęcie określone, w pierwszej kategorii śmiertelność wynosi —9,71, w drugiej —24,63; a wśród osób, nie mających zajęcia określonego, w 1 kategorii —32,43, w drugiej —36,20.

Powyżej normy [dla 1 ej kat. wiekowej —17 $\frac{0}{100}$, a 2-ej —55 $\frac{0}{100}$] stoi śmiertelność: lekarzy, muzykantów, woźniców, szynkarzy, oberżystów, fryzjerów, robotników wszelkich zakładów przerabiania metali, kamieniarzy, górników, zdunów, stróży, posłańców, wyrobników. Niżej normy jest śmiertelność: nauczycieli, rybaków, księgarzy, a szczególnie fermerów rolników, ogrodników, najniższa zaś [4,64 $\frac{0}{100}$ i 15,93 $\frac{0}{100}$] wśród duchowieństwa.

(Annales d'hygiène Nr 4)

Ster.

WIADOMOŚCI DROBNE.

W armji francuzkiej profilaktyka suchot dała wyraźne skutki: W roku 1867 umierało na suchoty w wojsku francuzkiem 2,230/0, w roku 1877—1,450/0, w r. 1889—0,990/0. (Scm. Med. N. 9).

Wśród dzieci w Stanach Zjednoczonych Am. Płn. umiera:

- 1) Czwarta część (29,80%) nie dorósłszy 5 ciu lat;
- 2) połowa z powodu chorób przewodu pokarmowego;
- 3) w miastach dwa razy więcej, niż na ws; a-tem więcej, aniżeli w zimie;
- 4) trzy czwarte wszystkich wypadków śmierci od zapalenia płuc stanowią wypadki u dzieci. (The Brit. Med. Journ.).

W Stanach Zjedn. Am. płn. znajdowało się (w roku 1880):

Chorych umysłowo	91,997
Idjotów	76,895
Ślepych	48,928
Głucho-niemych	33,878

Z liczby obłąkanych 40,942 znajduje się w zakładach, 51,055 poza zakładami.

Na 100,000 mieszkańców wypada obłąkanych	18
mężczyzn	17
kobiet	19
białych	19
indjan i murzynów	9
urodzonych w Ameryce	15
przyjezdnych	39

(The Medico-Legal journal).

Pewien aptekarz holenderski urządził lalkę z maszyny podobną do tej, jaką widzimy w automatach wyrzucających np. czekoladę za włożeniem do odpowiedniego otworu pieniędzy. Lalka ta ma otwory odpowiadające różnym narządom, a za włożeniem przez chorego pieniędzy do organu odpowiadającego narządowi, na który cierpi, lalka wyrzuca mu „lekarstwo.“ Przynajmniej szczerze!

Redaktor i Wydawca **J. Polak.**

Redakcja uprasza o łaskawe nadsetanie wszelkich wiadomości z praktyki higienicznej w kraju, oraz sprawozdań z działalności instytucyj, zakładów, stowarzyszeń, o ile takowe mają związek z higieną. Przytem re-pakcja uprasza szanownych korespondentów, by raczyli załączać nazwiska swe i adresy z nadmienieniem czy takowe mają być drukowane lub nie.

W Redakcji „Zdrowia“ są do nabycia następujące książki:

B. Danielewicz. Ludność m. Warszawy w obrazach graficznych (dwanaście tablic graficznych litografowanych w kolorach. Cena rs. 1 kop. 20, z przesyłką rs. 1 kop. 35.

J. Polak. Praktyka szczepienia ospy ochronnej. Cena kop. 75, z przes. kop. 90.

J. Polak. O znaczeniu sztuki lekarskiej i o stanowisku lekarzy. Cena kop. 60, z przesyłką kop. 70.

J. Polak. „Kalendarz lekarski“ na r. 1890. Cena rs. 1 kop. 20, z przesyłką rs. 1 k. 40.

A. Malinowski. Rys historyczny rozwoju zakładów dobroczynnych w Król. Polskiem. Cena kop. 30, z przesyłką kop. 40, (odb. ze „Zdrowia.“)

J. Polak. Pielęgnowanie głosu, według dzieła Mackenziego. Cena kop. 60.

Soxhlet. Mleko dla dzieci i odżywianie ssawców, przeł. St. Prauss. (odb. ze „Zdrowia“) Cena kop. 10, z przesyłką kop. 15.

J. Kuniewicz. Jak zabezpieczyć rodziców od chorób połogowych. Cena kop. 15, z przesyłką kop. 20.

Katalog wystawy higienicznej, z planem cena kop. 40, z przesyłką kop. 50.

Plany wystawy oddzielne po kop. 10.

Adres Redakcji: *Śto-Krzyżka 25.*

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie

zniżenie ceny

Dr. Tadeusza Żulińskiego

HIGIENA SZKOLNA.

Wydanie pośmiertne do druku przygotowane i uzupełnione przez Dr. *K. Grabowskiego.* Kraków 1886. str. 209.

Cena pierwotna 1 złr. 60 kr. Cena zniżona 1 złr.

Nabywać można we wszystkich księgarniach, oraz w zarządzie wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie (ul. Św. Krzyża Nr 3).

GRZYBKI KEFIROWE

służące do otrzymywania **KEFIRU**

posiada na składzie Apteka

WENDY i WIOROGÓRSKIEGO

Krakowskie Przedmieście 45.

Nabywać również można broszurkę objaśniającą sposób robienia i używania kefiru w cenie kop. 15.

Wiosenna kuracja

KEFIREM I KUMYSEM

w Saskim Ogrodzie we własnym pawilonie

ZAKŁAD GŁÓWNY

Królewska N. 31,

Filja Rymarska N. 16.

Do wyrabiania zaś kefiru w domu dla chorych wyjeżdżających na wieś i zagranicę przywiozłam z Kaukazu grzybki kefirowe mikroskopijne zbadane jako zupełnie **zdrowe**, do których dołącza się przepis i **broszurka** własnego wydania.

Klaudja Sigalina

członek paryskiej akademii Nationalnej.

Nagrodzona oprócz 14 różnemi medalami **WIELKIM MEDALEM ZŁOTYM** i 2 mention honorable na 2-eh wystawach w Paryżu w r. 1889/90 i przeszło 2000 listów dziękczynnych od chorych, którzy się od różnych chorób wewnętrznych zupełnie wyleczyli.

BULJONY z fabryki **Wł. Kleczkowskiego** zdrowym i chorym, jako pokarm pożywny i lekkostrawny poleca skład główny: Warszawa, Topiel 16 m. 13. róg Oboźnej. *Lopaciński.*

Nakładem Gebethnera i Wolffa

opuściły prasę

DWIE KSIĘGI HIPOKRATESA

Książka ta przełożona na język polski i opatrzona licznemi przypisami przez **Dr. Henryka Łuczkiwicza**, zawiera kwestje lekarskie mające dla każdego lekarza niezaprzeczoną wartość. Główne działy są: I-szy o powietrzu, wodach i okolicach, II gi O leczeniu pierwotnem, III-ci Przykazanie (Hipokrata).

Cena dzieła w ozd. wydaniu rs. 1 z przesyłką pocztą rs. 1 kop. 20, do nabycia we wszystkich księgarniach.

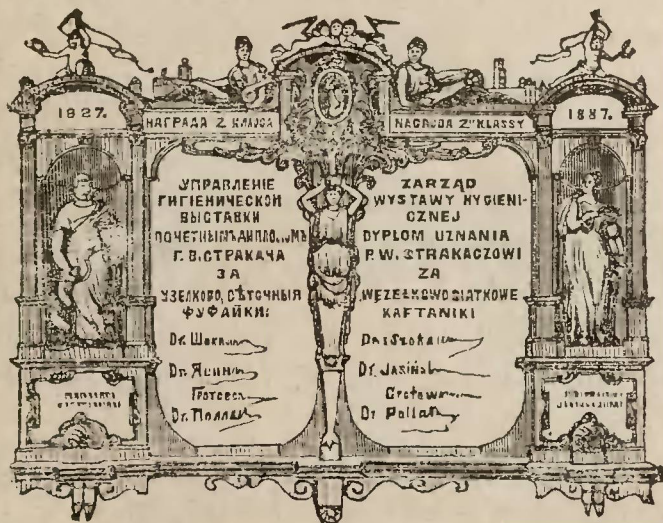
HYGIENICZNE KOSZULKI SIATKOWE

➔ *które każdy dbający o swe zdrowie nosić powinien.* ➔

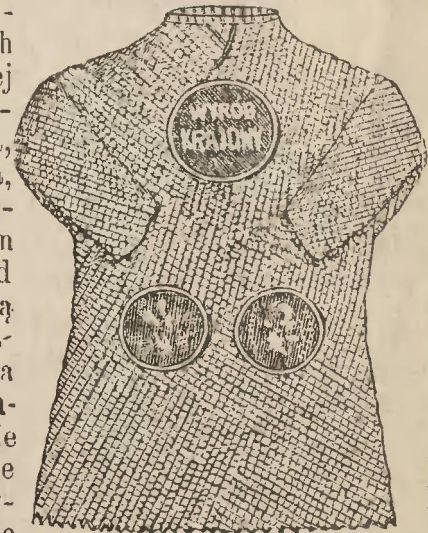
Bezwarunkowo zasługują na wyjątkową uwagę i szerokie rozpowszechnienie

➔ Zabezpieczające od przeziębienia ➔

KOSZULKI SIATKOWE NORMUJĄ TEMPERATURĘ CIAŁA



gdyż między skórą a koszulką zwykłą w szerokich oczkach koszulki siatkowej znajduje się zawsze warstwa wolnego powietrza, ogrzanego ciepłotą ciała, a zatem najodpowiedniejszej temperatury, przytem koszulki siatkowe pod względem ekonomicznym są najpraktyczniejszemi bo Tanie, Trwałe i Czyste, piora się zwyczajnie (**bez mąglowania**) i nigdy nie kurczą. Koszulki siatkowe są zawsze gotowe na wszystkie miary, wysyłają się



odwrótną pocztą w dowolnej ilości rachując za przesyłkę od jednej do tuzina kop. 75, w ilości więcej nad tuzin—franco; pieniądze należy przesyłać pocztą wraz z obstalunkiem. Ponieważ koszulki siatkowe są elastyczne i wyciągają się w szerokość i długość, przeto do miar poniżej oznaczonych, każdy wzrost i tuszę zastosować można.

Koszulki Siatkowe z grubej bawełny dla dzieci, małe	rs. — k. 60,	średnie	rs. — k. 90,	duże	rs. 1 k. 25
" " " " " " " " " "	" " 1 " 75	" " 2 " —	" " 2 " 50	" " 2 " 90	" " 2 " 25
" " z czystej wełny " " " " " "	" " 2 " 20	" " 1 " 16	" " 3 " 50	" " 4 " 50	" " 7 " 20
" " " " " " " " " "	" " — " 75	" " 1 " 16	" " 3 " 50	" " 4 " 50	" " 7 " 20
" " z czyst. jedw. grub. dziecinne " " " " " "	" " 2 " 50	" " 1 " 16	" " 3 " 50	" " 4 " 50	" " 7 " 20
" " " " " " " " " "	" " 2 " 50	" " 1 " 16	" " 3 " 50	" " 4 " 50	" " 7 " 20
" " " " " " " " " "	" " 5 " 75	" " 6 " 50	" " 6 " 50	" " 7 " 20	" " 7 " 20

Adres: do specjalnego Składu bielizny Władysława Strakacz Miodowa № 15 w Warszawie. Tamże znajduje się Wyłączny Skład Wyrobów z prawdziwej Wełny Sosnowej od Reumatyzmu Skład Normalnych Wełnianych ubrań systemu Dr. Jaegera i Agentura Alpejskiego Sosnowego Olejku i Ekstraktu do kąpieli Józefa Mack z Reichenhal. Specjalne Cenniki wysyłają się franco.

Warszawa. Sierpień 1890.

Ukazało się, acz spóźnione w stosunku do lat poprzednich, sprawozdanie roczne o ruchu ludności m. Warszawy. W przysłym numerze podamy główne szczegóły z niego. Obecnie zaznaczamy tylko, że liczba dzieci żywo urodzonych wynosiła 22125, że na rok i na 1000 ludności stosunek noworodków wypadł 49,64, a więc niemal o 12 na 1000 większy od przeciętnej z ostatnich lat dwunastu; że za to śmiertelność wyniosła 14,104 czyli 31,6 w stosunku na rok i na 1000 ludności.— Najjaskrawiej wszakże zarysowuje się cyfra śmiertelności z chorób nagminnych, stanowiących, jak wiadomo, rodzaj miary stanu higienicznego danej miejscowości. Liczba zmarłych na te choroby wynosi, odliczywszy skrupulatnie wyłączonych przez p. Załęskiego zmarłych przyjezdnych, 2323, co w stosunku do zmarłych stałych mieszkańców miasta wynosi niebywałą w Europie w nowszych czasach odsetkę 17,8%. Jeszcze wydatniej występuje stosunek ten w pewnych miesiącach; w październiku naprzykład, w którym choroby pomórkowe doszły do kulminacyjnego punktu, śmiertelność z powodu takowych stanowiła trzecią część ogólnej liczby zmarłych w tym miesiącu.

Przy tej sposobności—nie pierwszy to już raz—zapytać możemy, jaki cel w istocie ma, przy formowaniu różnych tabeli śmiertelności, odliczanie zmarłych przyjezdnych. Jeżeli celem tego jest sztuczne zmniejszanie śmiertelności, to cel ten jest szkodliwy, a wreszcie dopiąć go nie można, bo fałsz bardzo łatwo się spostrzega. Wszelka dowolność w opracowaniu materiału statystycznego jest naganną, a tem bardziej wprowadzanie w błąd tam, gdzie naga prawda najpożyteczniejszą bywa. Wszakże, chcąc być konsekwentnym, wypadłoby doliczać do zmarłych mieszkańców Warszawy i tych, którzy po za Warszawą (na wsi, u wód, za-granicą) umierają; a co ważniejsza, trzeba by systemat meldunkowy mieć idealny, co wszakże niemożliwym jest w wielkim mieście. Przyjęcie zaś takiego „dowolnego“ systematu ten głównie tylko skutek posiada, że kto chce się dowiedzieć o istotnej śmiertelności w Warszawie, musi z publikowanych materiałów sam ją sobie obliczyć, albo

zajrzeć do listy drukowanej, układanej w Petersburgu, w Berlinie i t. p. Następujący jeszcze drobny ale śmieszny fakt niech nam będzie wolno o statystyce tej przytoczyć. Od wielu lat w rubryce chorób „częściej się wydarzających“ p. Załęski, niebaczny na liczne uwagi prasy, drukuje „Anaemia perniciosa“ w miesięcznych wykazach. Otóż, tej zgubnej, a według p. Załęskiego często się wydarzającej choroby, tak mało zaszło wypadków, że w rocznem sprawozdaniu już do zera się zredukowała. Podajemy to tylko jako przykład nomenklatury, która bezwarunkowo wymaga ulepszeń.

NOWOCZESNE
URZĄDZENIA SZPITALNE
DLA CHORYCH NA OCZY,
tudzież uwagi ogólne, dotyczące
BUDOWY SZPITALI.

Skreślił

Dr Med. **Br. Ziemiński**, Okulista w Warszawie.

Dla chrześcijańskiej ludności Warszawy oraz wszystkich gubernij Królestwa i sąsiednich powiatów Litwy, Wołynia i Podola istnieje jedyny zakład leczniczy, dający schronienie chorym ocznym: jest nim „Instytut Oftalmiczny imienia ks. Edwarda Lubomirskiego“ w Warszawie. Pomieścić on może 80 pensjonarzy¹⁾; etat zaś tego Zakładu ustanowiono na 50 pensjonarzy.

Instytut Oftalmiczny przez rok cały jest przepelniony pacjentami tak, że Rada Miejska Dobroczynności Publicznej zmuszoną była w r. 1886 pozwolić Zarządowi Szpitala przyjmować nad tę normę tylu chorych, ile to okaże się możebnem: przeciętna liczba chorych ocznych w każdym dniu roku wynosi nie mniej niż 60, a w pewnych porach roku, np. w listopadzie 1889 r. notowano w niektórych dniach po 70, 71 a na-

¹⁾ Raport b. Inspektora szpitali warszawskich D-ra Beckera z r. 1872.

wet 72 ¹⁾ pacjentów, zamieszkałych w Instytucie.

Mimo to Instytut zmuszony jest dawać corocznie znaczną liczbę odmownych biletów; w r. 1888 dano takich biletów 104, w r. 1889 zaś 188. Nadmienić trzeba, że w obu tych latach prawie przez dwa miesiące Zakład nie przyjmował stałych chorych z powodu odnawiania sal, a w roku bieżącym (1890) do dnia 1 marca dano już 58 odmownych biletów. Podana liczba nie daje dostatecznej miary o ilości odmów, udzielonych chorym, proszącym o przyjęcie do zakładu, gdyż odmowne bilety wręczane bywają tym jedynie pacjentom, którzy z jakichkolwiek powodów biletu takiego żądają. Wreszcie z powodu ciągłego przepełnienia Instytutu choremi, ordynatorowie zmuszeni są ograniczać się bardzo w przyjmowaniu pacjentów, kwalifikujących się zresztą do przyjęcia, tak, że przyjmowani bywają prawie wyłącznie chorzy dla operacji, inni zaś muszą poprzestać na ambulatoryjnym leczeniu, które nie może, w najlepszym razie, zwłaszcza w ciężkich przypadkach, dorównać leczeniu w stałym oddziale szpitalnym.

Z innych szpitali warszawskich — prócz Szpitala Żydowskiego oraz Szpitali dziecinnych — jedynie w Szpitalu Dzieciątka Jezus udzielaną bywa stała pomoc lekarska, ale to wyłącznie ambulatoryjnie, tu nadto wyłącznie dla osób, w gmachu szpitalnym zamieszkałych.

Przy szpitalu Dzieciątka Jezus istnieje t. z. Dom Wychowawczy, złożony z oddziału dla niemowląt i z oddziału dla starszych dzieci. Będąc czynnym prawie od dwóch lat w charakterze konsultanta dla chorób ocznych w Szpitalu Dz. Jezus, w raportach, podawanych p. Naczelnemu Doktorowi, notowałem na rok przeciętnie po 150 chorych

na oczy niemowląt i 82 pacjentów z oddziału starszych dzieci; u niemowląt przeważa blennorrhoea conjunctivae, a u starszych dzieci trachoma.

[W r. 1888 liczba dzieci chorych na oczy była znacznie większa i tylko wskutek ścisłej opieki lekarskiej i hygienicznych zarządzeń, zaprowadzonych za wstawieniem się kol. Polaka i mojem, przez p. Kuratora szpitala t. r. Wiłujewa i p. Naczelnego Doktora, stan zdrowotny, co do oczu, obecnie o wiele polepszył się.]

Prócz tych 232-ch chorych ocznych, notowałem w raportach rocznie około 100 osób dorosłych chorych na oczy, rekrutujących się z pacjentów, przebywających na salach różnych oddziałów szpitalnych, oraz ze służby i administracyi szpitalnej.

Ogółem w r. 1889 leczyłem ambulatoryjnie w Szpitalu Dz. Jezus 332 chorych ocznych. Liczba ta o tyle nie odpowiada istotnemu stanowi rzeczy, że wszelkie ciężkie przypadki oczne, jakie spotyka się na salach szpitalnych, ordynatorowie albo wprost, w miarę możliwości, przepisują do Instytutu Oftalmicznego, albo też chorych takich wypisują, jak można najprędzej, ze szpitala, gdyż tu, niestety! nie mają odpowiedniego pomieszczenia, leżąc na jaskrawo oświetlonych salach.

Przepełnienie choremi Instytutu Oftalmicznego, znaczna, z każdym rokiem wzrastająca, liczba odmów, dawanych przez tenże Instytut chorym ocznym, kwalifikującym się do przyjęcia do Zakładu, oraz stosunkowo znaczna liczba ocznych pacjentów w Szpitalu Dz. Jezus, zmusza w logicznej konsekwencji do wygłoszenia opinii, że należałoby albo rozszerzyć istniejący już zakład oczny, a co najmniej na stałe zwiększyć etat Instytutu Oftalmicznego aż do maksymalnej liczby chorych, mogącej znaleźć tam pomieszczenie, albo też otworzyć osobny oddział oczny w jednym ze szpitali warszawskich.

²⁾ W tej liczbie 12 łóżek, które rozporządza Uniwersytecka Klinika Oczna, umieszczona w Instytucie Oftalmicznym.

Gdzieindziej pamiętano, aby w każdym ogólnym szpitalu miejskim wyznaczyć osobne pomieszczenie dla ocznych chorych.

Zresztą wypada przypomnieć, że i w Szpitalu Dz. Jezus istniał do r. 1874 osobny oddział oczny, który, jak widać ze sprawozdań za lata 1870—1874, zajmował cztery sale (dwie męskie i dwie żeńskie) z 20 łózkami dla mężczyzn i 21 dla kobiet; oddział ten był zawsze zapełniony, mimo że na nowo w r. 1870 otwarty Instytut Oftalmiczny nie wykazywał w swych raportach miejsc wolnych.

Jak znaczny zaś był w ostatnich dwudziiesiątkach lat przyrost ludności m. Warszawy i Królestwa Polskiego wykazuje następujące zestawienie, oparte na danych urzędowych ¹⁾:

	Ludność Warszawy	Ludność Król. Polsk.
w roku 1870	261349	6078564
„ 1872	269241	6366192
„ 1874	279504, a w ro-	
a w dniu 1	ku 1885	7960304
stycznia 1890	455852	

[Spis ludności Królestwa Polskiego z następnych lat nie został dotąd (10. V. 1890) urzędowo opublikowany.]

P. Tadeusz Zaleski podaje w Encyklopedji Handlowej (zeszyt XI z r. 1890) ludność Królestwa Polskiego na 8165800.

Dokładne rozpatrzenie ustroju stosunków szpitalnych, dotyczących pacjentów ocznych, pozwala sądzić, iż wkrótce Zarząd Szpitali nie omieszka skutecznie zaradzić w tak naglącej potrzebie, że debaty nad obmyśleniem nowego pomieszczenia dla chorych ocznych niebawem rozpoczną się, a wówczas poniżej podana praca bez pożytku nie pozostanie.

¹⁾ Za udzielenie tych danych czuję się w obowiązku złożyć podziękowanie p. Załęskiemu, naczelnikowi wydziału statystycznego w Magistracie m. Warszawy.

Oddawna już uznano potrzebę odosobnienia w szpitalach pacjentów z cierpieniami chirurgicznymi od chorych z cierpieniami wewnętrznymi. Z biegiem czasu coraz silniejszą stała się dążność przedstawicieli wiedzy lekarskiej do rozmieszczania w osobnych budowlach odrębnych grup pacjentów. Utworzono osobne oddziały dla umysłowo chorych, dla chorób wenerycznych i skórnych, dla chorób dzieci, dla położnic, dla ozdrowieńców, dla chorób, wymagających leczenia ortopedycznego i innych. Choczy tacy, pomieszczeni w osobnych budowlach, pod osobnem kierownictwem lekarskiem i we właściwych danej kategorii chorób warunkach higienicznych, o wiele prędzej i pewniej dochodzą do zupełnego lub przynajmniej względnego zdrowia, niż wówczas, kiedy w zbitej masie—pêle mêle—zalegają w ścisłem sąsiedztwie obok siebie położne sale szpitali ogólnych.

Potrzebę usunięcia z ogólnych sal szpitalnych pacjentów z chorobami oczu, potrzebę pomieszczenia tychże w osobnych budowlach szpitalnych zaznaczono i mniej lub więcej racjonalnie w czyn wprowadzono już na samym początku bieżącego stulecia. Lekarze w szpitalach dawnej konstrukcyi niejednokrotnie stwierdzali, jak niedogodne i niewłaściwe są tam warunki dla opieki i leczenia ocznych chorych. Spostrzeżono, że w tych warunkach operacje oczne niepomysłne stosunkowo dają wyniki, następnie, że u chorych ocznych, którzy zresztą w zupełnem zdrowiu przyjęci zostali do szpitala, często wywiązują się, a nieraz śmierć sprowadzają choroby nabyte, a grasujące w ogólnych szpitalach, jako to: zapalenie płuc, błonica, szkarlatyna, dur, róża, biegunka krwawa i t. d.

Wszędzie też, gdzie dobro ludzkości miało na sercu, nie omieszkało rozmieścić chorych ocznych w osobnych, na ten cel przeznaczonych budowlach.

Doświadczenie, nabyte w dziedzinie szpitalnictwa, ustanowiło trzy główne systematy budowli szpitalnych: układ korytarzowy, układ pawilonowy i układ szalaszowy (Baracke). Z biegiem czasu przekonano się, że dla pomieszczenia ocznych chorych najwłaściwszą jest budowla o układzie korytarzowym, podczas gdy układ pawilonowy jest najodpowiedniejszym dla oddziałów wewnętrznych, a szalasz dla chirurgicznych. Nie należy jednak sądzić że się tu rozchodzi o ścisłe przeciwstawienie zakresu spożytkowania każdego z tych systematów, mamy na myśli jedynie zasadnicze cechy każdego z tych układów; niewątpliwie bowiem niektórzy pacjenci z chirurgicznymi chorobami właściwsze znajdą pomieszczenie w pawilonowych budowlach, zaś wewnątrz chory pewnej kategorii w szalaszach. Wszystkie jednak budowle, jakie w ostatnich 15 latach dla pomieszczenia chorych ocznych wzniesiono, mają układ korytarzowy, stąd zaś wnioskować można, że takie budowle są na ten cel najodpowiedniejsze.

Dodatnią stroną szalaszowych budowli stanowi łatwość przewietrzania (wentylacji). Podczas ogrzewania szalaszu przewietrza się on dostatecznie nawet bez zastosowania wszelkich środków pomocniczych, lecz i po za okresem opalania zabezpieczenie czystości powietrza napotyka tu najmniej przeszkód. Natomiast nader trudnem jest równomierne i dostateczne ogrzewanie tego rodzaju budowli. Bez kwestyi jednak, cierpienia, przy których wyłącznie prawie zależy na czystości powietrza, winny znaleźć pomieszczenie w budowlach szalaszowych.

Wręcz przeciwnie rzecz się ma przy układzie korytarzowym. Tu, przy stosunkowo najmniejszym koszcie, można stale utrzymywać ciepłotę w równej mierze, podczas gdy utrzymanie czystości powietrza nie jest w tym razie łatwym zadaniem.

Budowle pawilonowe stoją w tych obu kierunkach po środku między budowlami ko-

rytarzowemi i szalaszem. Skoro zachodzi kwestja, co do odosobnienia możliwie zaraziwych, albo odrazę wzbudzających chorób, lub też, co do odosobnienia pacjentów, nawzajem sobie znaczną przykrość sprawiających, wówczas budowla pawilonowa najzupełniej zasługuje na pierwszeństwo przed budowlami szalaszowemi i korytarzowemi; lecz i te ostatnie, ze względu na łatwość komunikacji pomiędzy pokojami dla chorych oraz ze względu na znaczne ułatwienie w administracyi, niewątpliwie wiele dodatkich stron posiadają. Takie też było w zasadzie orzeczenie komisji szpitalnej, obradującej, jaki układ obrać dla uniwersyteckich budowli szpitalnych w Heidelberg'u.

O budowlach, przeznaczonych do pomieszczenia chorych ocznych w szczególności.

Oczni pacjenci różnią się od innych chorych tem zwłaszcza, że po większej części są wrażliwi na światło, że siła ich wzroku jest mniej lub więcej nadwreżona albo równa zeru; skądinąd zaś chorzy ci są zazwyczaj zupełnie zdrowi. Stąd wniosek, że nie należy takich pacjentów narażać na bliskie sąsiedztwo z innymi chorymi, a zatem na możliwość nabycia cierpień, panujących w różnych oddziałach szpitalnych. Ta opinja oddawna utorowała sobie drogę we wszystkich krajach, dbałych o dobrze zrozumiany postęp w swej gospodarce wewnętrznej.

Z powyższego odrazu widnieje myśl przewodnia, jaką winno się kierować przy budowie gmachu, mającego dać schronienie ocznym pacjentom.

Co dotyczy wyboru miejsca pod taką budowlę, to, ze względu na zwykle zadawalnijący ogólny stan zdrowia osób chorych na oczy, nie jest się zmuszonym tyle baczyć na wybór szczególnie pomyślnie pod względem higienicznym położonego miejsca, jak to jest niuniknionem przy wznoszeniu domów zdrowia, na inny cel służyć mają-

cych. Z higienicznego punktu widzenia wybrać więc należy takie miejsce, jakie jest odpowiedniem do wystawienia dobrego domu mieszkalnego, domu szkolnego lub w ogóle zakładu, w którym znaczna liczba zdrowych ludzi ma przebywać lub przemieszkwać. Z góry należy mieć na uwadze, aby wszystkie warunki miejsca pod budowę według możliwości zapobiegały zachorowaniu osób, mających zamieszkać w zakładzie. Skoro się ma swobodę wyboru, wówczas, rzecz prosta, da się pierwszeństwo miejscowości zdrowej, na uboczu, osobno położonej, nie zacieśnionej domami. Nie rozpisuję się w tym względzie obszerniej, odsyłając interesujących się tą sprawą, jako też i ogólnemi zasadami budowy zakładów leczniczych do prac Esse'go, Knauff'a, p. budowniczego Rakiewicza, a nadewszystko do pracy Boehm'a.

Zazwyczaj pomysły ogólny stan zdrowia ocznych pacjentów wyjaśnia fakt, że większość ich nie kwalifikuje się do przyjęcia do szpitala, że zatem większość z pożytkiem leczoną być może ambulatoryjnie. Skoro więc znaczna, właściwie większa część osób, szukających porady co do oczów, może być skutecznie leczona ambulatoryjnie w osobnych pomieszczeniach zakładu ocznego, przeto nie jest niezbędną szczególna bacność na wyjątkowo dobre położenie miejsca pod budowę. O wiele więcej obawiać się należy, aby przychodni chorzy nie wprowadzali z zewnątrz zarazków chorobowych, aniżeli, żeby podczas wizyt w zakładzie mogli uleść ich wpływowi. Przy wyborze miejsca pod budowę, w innym zupełnie względzie winniśmy brać pod uwagę kategorię przychodnich chorych. Ambulatoryjnie leczeni pacjenci przeważnie należą do biedniejszych warstw ludności; jeśli więc taki zakład szpitalny ma być instytucją prawdziwie dobroczynną dla ocznych chorych, wówczas pamiętać trzeba, ażeby on był dostępny dla możliwie największej liczby nieza-

możnych osób, szukających porady specjalnej. Zakłady oczne winny mieścić się w pobliżu dzielnic, zamieszkałych przez niezamożną ludność, o ile się da, w samym centrum dzielnic biedoty i nędzy. Uwaga ta jest do pewnego stopnia bez wartości i znaczenia dla mniejszych miast, nigdy zaś dla większych. W Londynie, np., ów sławny na świat cały Moorfields Ophthalmic Hospital został wzniesiony w dzielnicy Londynu, najliczniej zamieszkałej przez robotników, a to umyślnie w tym celu, aby tu mieszkająca biedna klasa ludności, która tak często ulega różnym nieszczęśliwym wypadkom ocznym, ułatwiony miała dostęp i spieszoną pomoc w bliskości.

Co się tyczy stałej kliniki, t. j., oddziału, zamieszkiwanego przez pacjentów ocznych (Stationäre Augenkranken), to wypada przy budowie odpowiedniego gmachu mieć na uwadze, że chorzy tacy, jako zwykle dotknięci światłowstrętem, muszą być ochronieni od zbytńskiego dostępu światła, zwłaszcza zaś od działania na ich oczy bezpośrednio padających promieni słonecznych. Na innem miejscu omówimy kwestję, o ile względ ten wpływać powinien na położenie i skierowanie głównej osi budynku i okien w pokoju dla chorych, tu zaś w ogólności tylko wspomnijmy o wszelkich urządzeniach, służących do powstrzymania dostępu światła, wdzierającego się od góry, od dołu i ze wszech stron u okien, u drzwi oszklonych i u innych otworów, przepuszczających promienie światła, oraz o urządzeniach, służących do zaciemnienia w dowolnym stopniu okien, wystawionych na operację słońca.

Z osłabienia lub utraty wzroku u znacznej części stałych chorych wynika ich niezaradność i zależność od otoczenia; stąd więc, gdyby nie okoliczność, że osoby te są zwykle zdrowe, obsługa ich wymagałaby znacznie większego zachodu, niż to w rzeczy samej ma miejsce. Chorzy, jako-tako widzący, opiekują się ociemniałymi: opro-

wadzają ich podczas przechadzek pod gołym niebem i w ogóle w różny sposób wspierają i obsługują swych współtowarzyszy niedoli. W innych oddziałach szpitalnych podobnego rodzaju wzajemna obsługa chorych nie istnieje. Do oddawania sobie wzajemnych usług oczni chorzy są nader chętni: w ten sposób bowiem mają czas do pewnego stopnia zajęty i odpędzają nudę, wynikającą z dłuższego pobytu w szpitalu w charakterze pacjentów. Tu tkwi też przyczyna, dla której oczni pacjenci niechętnie godzą się na odosobnienie, a ociemniiali wstręt poprostu czują do samotności. Stąd łatwo wywnioskować, że osobne pokoje dla pojedynczych chorych (separatki) w oddziale ocznym nie są tak potrzebne jak w innych oddziałach; samo przez się rozumie się, za wyjątkiem przeważnej części przypadków, świeżo-operowanych lub też takich, do odosobnienia których są szczególne wskazania.

Dla zakładu ocznego najwłaściwszem jest przeciętnie wyznaczyć wymiary sal w ten sposób, żeby w każdej można było pomieścić małą liczbę chorych, nie więcej nad czterech, (licząc na pojedynczego pacjenta 35 do 40 metrów sześć. powietrza), a nadto obmyśleć miejsce, w którym pacjenci mogliby podczas dnia w większem gronie przebywać.

Należy wreszcie rozwiązać ważne, a nader trudne pytanie: czy i w jaki sposób oczni pacjenci mogliby pożytecznie a bez szkody dla stanu ich oczu czemśkolwiek zająć się? We wszystkich zakładach leczniczych oczni chorzy mają zwyczaj w ten sposób wyszukiwać sobie zajęcie, że spełniają lżejsze posługi szpitalne. Kierownik zakładu powinien jednak pilnie baczyć, aby nie dopuszczano się nadużyć względem chorych. Jak dotąd, najpraktyczniej i najracjonalniej obmyślano tę sprawę w t. zw. *Asyle des aveugles* w Lozannie. Połączono tam w jedną ścisłą całość trzy zakłady, z których jeden ma na celu leczenie cho-

rych na oczy, drugi kształcenie ociemniałych dzieci, trzeci wreszcie—zajęcie pracą osób, których wzrok znacznie osłabł, lub też które wzrok utraciły. Łączność tych zakładów ma niepoślednią wartość i z punktu widzenia lekarskiego, gdyż stan oczu ociemniałych i słabo widzących dzieci i dorosłych, choćby nie mógł uleść polepszeniu, może jednak pogorszyć się; tam zaś, dzięki umiejętnej specjalnej i stałej pomocy lekarskiej, nieraz przez długie lata in statu quo utrzymanym zostaje lub wreszcie pewna siła wzroku u pensjonarzy zachowują się. Spotykamy tam zebrany różnorodny materiał kliniczny, nader pouczający dla specjalistów, a gdzieindziej nie istniejący w takiej przynajmniej obfitości.

W dalszym ciągu obszernie omówię te kwestje, jakie w powyższem li-tylko pobieżnie poruszyłem, a to na podstawie urzędzeń najnowszych zagranicznych klinik ocznych, których większą część miałem sposobność zwiedzić, bliższych zaś danych zaczerpię w pracy prof. Zehender'a, zawierającej opis uniwersyteckich klinik ocznych, w Niemczech w ostatnich latach powstałych.

O rozkładzie budowli i kierunku jej głównej osi.

Zwrócenie długiej osi budynku szpitalnego względem południka (t. z. orientacja budynku) wynika z położenia placu, pod budowę przeznaczzonego, i z kierunku przyległych ulic. Skoro zależy na rozkładzie i kierunku osi głównej zakładu ocznego, wówczas trzeba o tem pamiętać przy wyborze placu pod budowę. W rzeczy samej, skierowanie frontu budowli, mającej służyć dla chorych ocznych, nie jest bez znaczenia. Pacjenci oczni są jedynymi chorymi, którzy nie znoszą światła słonecznego, jedynymi, których, o ile można, starannie chronić należy od bezpośrednio dochodzących promieni słonecznych. Stąd też ogólnie przyjęto za zasadę, że strona północna jest najodpowiedniejszą do umieszczenia sal, dla chorych

na oczy, że zatem najwłaściwiej skierować oś długą zakładu ocznego ze wschodu na zachód, gdyż tym sposobem pokoje dla chorych mogą być zwrócone ku północy.

Należy jednak nadmienić, iż wielu poważnych autorów taką przywiązuje wagę do bez zaprzeczenia dobroczynnego, choć dotąd nie wyjaśnionego, wpływu promieni słonecznych na stan moralny i fizyczny pacjentów, że niechętnie godzą się na pozabawienie chorych ocznych ogrzewającego, ożywczego wpływu słońca, twierdząc: że ono może skutecznie działać nawet przy szczelnie zamkniętych oknach sal; że wdzieranie się promieni słonecznych do pomieszczeń dla chorych stanowi poważną korzyść dla sanitarnego stanu pacjentów. Na tej podstawie głoszą niektórzy, iż nie należy zalecać przy projektowaniu zakładu ocznego, aby odstępowano od ogólnej zasady, mocą której ma się zawsze nalegać, żeby sale dla chorych znajdowały się po stronie słonecznej. Wbrew temu twierdzi poważna większość okulistów wszystkich krajów, iż promienie słońca, zupełnie lub w znacznej części wykluczone przez odpowiednie przyrządy, służące do zasłaniania otworów w ścianach, mogą, przy najszcześniejszych warunkach, minimalny tylko wpływ wywierać na ogólny stan zdrowia pacjentów ocznych, pomieszczonych na salach, ku stronie słonecznej zwróconych, a zazwyczaj pozostają w tym razie bez najmniejszego wpływu. Szczelnie zasłonięte, ku południowi zwrócone pokoje, niczem nie zdają się zalecać w obec sal, na stronie północnej położonych. W zasadzie zatem najwłaściwszem jest urządzać sale dla chorych na oczy na północnej stronie budynku szpitalnego.

Wziąwszy pod uwagę rozkład dziewięciu najnowszych uniwersyteckich zakładów ocznych w Niemczech, przekonamy się, że oś główna sześciu z tychże skierowana jest ze wschodu na zachód (Wrocław, Fryburg, Heidelberg, Lipsk, Halla i Gryfija),

jednego (Królewiec), z północy ku południowi, dwóch wreszcie ukośnie do głównych stron świata (Marburg i Bazylea—gmachy, mieszczące te kliniki, są zatem „nieorientowane“ budowle). Ostatecznie wschodnio-zachodni kierunek długiej osi budowli przeważa w stosunku 2:1. Przy takim zwróceniu budowli jedna strona budynku zostaje skierowana ku północy i może służyć do urządzenia na północ położonych sal dla chorych; nie wszędzie jednak w czyn to wprowadzono. W Heidelberg'u pomieszczono wszystkie sale dla chorych na oczy na południowej stronie budowli za wyjątkiem dwóch obszernych sal na końcu każdego piętra, gdzie okna na północ, zachód i południe są zwrócone, oraz małej salki na wschodnim końcu piętra z oknami na wschód i na północ. We Fryburg'u, na pierwszym piętrze spotyka się dwie obszerne trzyokienne sale, mające światło z północy, z południa i ze wschodu, względnie z zachodu; na drugim zaś piętrze odpowiednią przestrzeń podzielono na trzy salki, z których każda ma okno zwrócone ku innej stronie świata. Pozostałe 7 sal (w ogóle zatem 9 na 15) leżą po stronie północnej. We Wrocławiu istnieje ośm sal na północ, dwie zaś na południe zwróconych. Lipsk posiada 21 po części większych, głównie zaś mniejszych sal na północnej, a sześć na południowej stronie; podług ilości pokoi licząc, wypada stąd stosunek 7:2; wzięwszy zaś ilość łóżek pod rachubę, okazuje się stosunek 18 łóżek w południowych do 33, w północnych salach ustawionych, przytem nadmienić jeszcze należy, że te ostatnie po większej części znajdują się w małych salkach o jednym łóżku, dla prywatnych (niekliniknych) pacjentów zarezerwowanych.

W Halli odmienny jest stan rzeczy, wszystkie bowiem sale dla chorych mieszczą się w oficynach ku południowi, prostopadle do głównego gmachu wystawionych. Na parterze w zachodniej oficynie są dwie sale

dla dzieci, z których jedna ma trzy okna ku zachodowi, druga zaś tyleż okien, ku południowi skierowanych. Na pierwszym piętrze każdej z oficyn (w jednej dla mężczyzn, w drugiej dla kobiet) spotyka się trzy obszerne trzyokienne sale—ogółem zatem sześć sal; ich okna zwrócone w dwóch ku północy, w dwóch ku południowi, w jednej na zachód, w szóstej zaś na wschód.

Zasada więc, mocą której sale dla chorych na oczy winny by mieć okna na północnej stronie, w żadnej z tych budowli nie została ściśle przeprowadzona, a nawet w niektórych, o ile się zdaje, nie przywiązywano do tej sprawy najmniejszego znaczenia.

Jak mało uwzględniano stronę północną, nie tak podlegającą działaniu słońca, właściwie mówiąc, jak wiele z innych powodów dbano o operację słoneczną w salach (która w razie potrzeby może być skutecznie wykluczona), widać z faktu, często dającego się spostrzegać, iż urządzono sale dla chorych ocznych, mające światło aż z trzech stron. W dawnym zakładzie ocznym w Lipsku istniały na pierwszym piętrze dwie obszerne pięciookienne sypialnie dla chorych o trzech ścianach zewnętrznych: w jednej ścianie było trzy okna, w dwóch drugich ścianach po jednym. W nowym zakładzie podzielono te pięciookienne sale na dwa pokoje; z których jeden ma okna na północ i na zachód, drugi zaś na południe. Jak już wspomniano, kliniki oczne we Fryburg'u i w Heidelberg'u mają też sale, do których światło z trzech stron dostaje się.

Zresztą, skoroby nawet niektóre sale były zwrócone inaczej niż na północ, nie sprzeciwia się to jeszcze ogólnej zasadzie, według której pokoje dla pacjentów ocznych powinny być na północnej stronie gmachu: zgodzić się bowiem można, że i wśród chorych na oczy są tacy, którzy mogą znieść

światło dzienne bez złych skutków dla stanu ich wzroku.

Bądź co bądź, słońce dobroczynnie na organizm nasz wpływa; nadto, acz nieco przesadnym jest to twierdzenie, jednak w naszej chłodniejszej strefie na północ zwrócone sale robią rzeczywiście wrażenie piwnic, pobyt zaś w salach ku południowi zwróconych, znacznie lepiej na nas oddziaływa. Można być też pewnym, że większość higienistów głosowałaby za pomieszczeniem sal dla chorych na stronie południowej. Wszak wiadomo, że taż opinia gra ważną rolę przy urządzaniu szkół tak, że postawiono postulat, żeby domy szkolne, o ile można, w ten sposób budować, iżby w każdej porze dnia promienie słońca do każdej sali szkolnej łatwy dostęp miały.

Zdanie to nie jest bez pewnej racji bytu i przy projektowaniu zakładów ocznych: tak zarząd kliniki ocznej w Marburg'u, jak i w Bazylei, obu zakładów, wystawionych ukośnie względem głównych kierunków stron świata, uważa ukośny kierunek osi głównej gmachu takiego za właściwy i ze wszelkich miar zadawalniający. Zwłaszcza, co dotyczy korytarza, dyrektorowie tych zakładów nadmieniają, że wzdłuż południowego frontu ułożony korytarz (Fassaden-Corridor) pozostaje przez dzień cały pod operacją słońca tak, że, jeśli go sztucznie nie zaciemnimy, nie może być za dnia oddany na użytek ocznych pacjentów. Przy ukośnym zaś rozkładzie gmachu są pewne pory dnia, w których korytarz jest wolny od silnego działania promieni słonecznych i w tym czasie bez obawy może być oddany na usługi chorych ocznych. Sztucznie zaciemniony, ku południowi skierowany frontowy korytarz jest pozbawiony dobroczynnych promieni słonecznych, traci więc większą część swego znaczenia, podczas gdy w korytarzu, który w pewnej tylko porze dnia na operacji słońca pozostaje, cieplikowe i chemiczne własności słońca przynaj-

mniej przez czas pewien pełną swobodę działania mają, w innym zaś czasie z miejsca tego bez szkody i bez przykrości pacjenci oczni korzystać mogą.

Zwrócenie gmachu kliniki ocznej w Królewcu osią główną od północy ku południowi zależnem było od warunków położenia placu, przeznaczanego pod budowę. Wszystkie sale otrzymują tu światło od wschodu i zachodu. Ścisłe badania Knauff'a stwierdziły, że w tych warunkach sale dla chorych w przeciągu całego roku otrzymują więcej ciepłokowych promieni słońca niż przy zwykłym skierowaniu zakładu ze wschodu na zachód. Lecz ta przewaga wykazać się daje jedynie w ciepłej porze roku, jest więc bez wartości.

Bawialnia (Sala dzienna).

W angielskich szpitalach nieraz spotyka się sale, przeznaczone dla pomieszczenia chorych, którym podczas dnia wolno opuszczać łóżko; sala taka nosi nazwę „*day-room*,” a w ostatnio w Niemczech wybudowanych zakładach leczniczych — „*Tagesraum*.” Sale te służą zarazem za pokój jadalny, głównie jednak przeznaczone są na miejsce pobytu w czasie dnia dla nieobłożnie chorych. Urządzenie miejsca dziennego pobytu dla chorych, którzy mogą opuścić łóżko, jest najzupełniej racjonalnem; w pewnych zakładach, np. w domach dla obłąkanych, sale takie oddawna istnieją; zbytecznem też będzie motywowanie potrzeby urządzenia takiej sali i w zakładach ocznych. Już to samo, że sypialnie, podczas pobytu chorych w bawialni, mogą być przewietrzane, przekonywa o wysokiej wartości tejże. Zapatrywanie to znalazło uznanie i zostało w czyn wprowadzone przy budowie kliniki ocznej w Lipsku.

Zresztą w innych zakładach ocznych, np. w Bazylei, istnieją takie bawialnie dla nieobłożnie chorych, służące zarazem za miej-

sce, w którem pensjonarze zwykle posiłkiienne spożywają; w niektórych zaś prywatnych klinikach ocznych urządzono specjalne saloniki do pogawędki dla chorych, a nawet specjalne pokoje dla palących tytoń. Skoro zaś te lub owe względy nie pozwoliły na takie udogodnienie, wówczas, w braku czegoś lepszego, korzystano w tym celu, po za godzinami przyjmowania ambulansu, z poczekalni dla przychodnich chorych lub też z innych, pustką stojących pomieszczeń szpitalnych, a zwłaszcza z głównego korytarza. Im lepiej urządzonem jest miejsce dla dziennego pobytu chorych, im ono jest obszerniejsze: tymbardziej pokoje dla chorych nabierają znaczenia li-tylko sypialni i tym skromniejsze mogą być wymagania, co do ilości kubicznych metrów przestrzeni powietrza na każde łóżko, w porównaniu do sal szpitalnych, mieszczących obłożnie chorych.

Dla pacjentów, których cierpienie nie przykuwa do łóżka, w braku lepszego pomieszczenia, niewątpliwie najodpowiedniejszym miejscem dziennego pobytu jest korytarz. Tam, gdzie brak t. z. bawialni szpitalnej lub gdzie przy szczupłym pomieszczeniu dla chorych nie można marzyć o jej utworzeniu, należy przynajmniej korytarz tak urządzić, aby mógł być stosownem miejscem dla czasowego pobytu chorych. Jeśli, przy projektowaniu korytarza, miano ten cel na uwadze, natenczas może on zastąpić bawialnię i, w rzeczy samej, jest nią w większości zakładów ocznych, choć nieraz, niestety! nie z odpowiednim pożytkiem dla pacjentów; korytarz bowiem musi w tym razie mieć wszelkie zalety miejsca pobytu, przeznaczonego dla chorych: przede wszystkim zaś winien posiadać wentylację, która w każdej porze roku byłaby bez zarzutu czynną, a podczas zimy winien być ogrzewanym. Zadosyćuczynienie tym kardynalnym wymaganiom nie przedstawia wielkiej trudności.

Korytarz.

Układ korytarzowy uznany został za najwłaściwszy dla budowli, przeznaczonej do pomieszczenia chorych na oczy. Faktem jest, że *wszystkie nowopowstałe kliniki oczne są budowlami korytarzowemi*. W Królewcu i we Wrocławiu korytarz zajmuje całą długość gmachu, znajdując się po środku budowli tak, że sale leżą rzędem po obu stronach korytarza (*Mittelcorridor*). Światło i powietrze napływa wówczas z zewnątrz tylko po obu końcach tegoż.

Reszta nowszych zakładów ocznych posiada korytarz po jednej ze stron budowli czyli frontowy korytarz (*Fassaden-Corridor*). Leży on we Fryburg'u na południowej stronie; w Heidelberg'u na północnej; w Marburg'u na północno-zachodniej stronie gmachu; w Halli, gdzie pokoje dla chorych znajdują się w dwóch, z północy na południe skierowanych oficynach, korytarz leży w jednej wzdłuż wschodniej, a w drugiej wzdłuż zachodniej strony budowli. W Lipsku znajduje się korytarz w południowej stronie; nadmienić jednak należy, że w środkowej części budowli, a również i w obu bocznych skrzydłach, w tymże samym kierunku położonych, co i środkowa część, istnieją od południowej strony korytarza przybudówki, które nadają temuż cechę *nie zupełnego środkowego korytarza*. W Gryfii, w wolnej zresztą południowej stronie korytarza znajdują się dwie sale dla chorych i dwa klozety. Światło ma dostęp do tego korytarza od południa przez okno przy klatce schodowej i przez dwa pozostałe okna południowe, wreszcie od wschodu przez okno, w końcu korytarza znajdujące się. Oświetlenie korytarza nie pozostawia nic do życzenia.

Przyczyna, dla której przy budowie ostatnio powstałych klinik ocznych wyłącznie zastosowano systemat korytarzowy, zdaje się tkwić w przeświadczeniu, że korytarz ma tu być nie tylko środkiem komunikacji

między pojedynczemi salami, lecz zarazem ma służyć chorym jako miejsce dla przechadzki i pobytu podczas dnia. W tym sensie korytarz zwiększa quantum powietrza, którem się oddycha, z którego korzystają chorzy, na salach pomieszczeni; zatem to quantum powietrza może być doliczone do quantum tegoż we właściwych salach dla chorych, a więc projektowany sześcienny wymiar pojedynczych sal może być, *ceteris paribus*, o tyle mniejszym. Przypuśćmy, że pięć sal, każda o czterech łózkach i o 150 kub. metr. powietrza, przylega do korytarza, służącego zarazem za miejsce dziennego pobytu, a mającego 30 m. długości, 3 m. szerokości i 4 m. wysokości, wówczas quantum powietrza na korytarzu = 360 kub. metr. rozdziela się na te 20 łózek, co stanowi po 18 kub. metr. przyrostu. Słusznem też będzie oznaczyć tu quantum powietrza na jedno łóżko nie w wysokości 37,5 kub. metr., lecz w wysokości $37,5 + 18 = 55,5$ kub. metr.

Lecz nie we wszystkich zakładach istnieje taki korytarz, któryby mógł zostać spożytkowany jako miejsce dziennego pobytu podczas każdej pory roku, tak w zimie, jak i w lecie. Na południowej stronie budowli szpitalnej położone korytarze muszą być w słoneczne dni zasłaniane, jeśli mają z nich nich korzystać oczni chorzy, może też z tych powodów niechętnie uczęszczanymi bywają przez pacjentów. Nieogrzewane korytarze są bez pożytku podczas zimnej pory roku; a wąskie oraz źle przewietrzane są bez wszelkiej wartości.

Korytarze, zwrócone, jak w Halli np., jeden na wschód, drugi zaś na zachód, mogą najlepsze usługi oddawać pierwszy w popołudniowych, a drugi w przedpołudniowych godzinach. Skoro korytarz ułożono, jak w Marburg'u i w Bazylei, ukośnie do głównych kierunków igły magnesowej, wówczas w pewnych porach dnia chorzy oczni z pożytkiem z niego korzystać mogą, w in-

nych zaś opuszczać muszą takowy, a nateczas słońce rozsypuje po nim dobroczynne promienie światła i ciepła.

Przy projektowaniu zakładu ocznego zaleca się utworzenie odpowiedniego korytarza już nie tylko ze względu, że on być może miejscem przechadzki oraz ma zwiększać quantum powietrza, którem się oddycha w szpitalu, lecz ze względu na jego pierwiastkowe i zwykłe znaczenie jako środka komunikacji we wnętrzu zakładu szpitalnego. Dla chorób zaraźliwych i gorączkowych lub też dla chorób, przy których istnieje obfita wydzielina albo odpływ cuchnącej ropy i t. p. odpowiednią jest zasada rozpraszania pacjentów, zasada, która w krańcowej konsekwencji nakazuje wyznaczenie osobnych pokoi dla pojedynczych chorych. Dla takich cierpień najwłaściwsze są budowle pawilonowe, gdyż pacjenci, rozmieszczeni w osobnych pawilonach, pozostają odosobnieni od reszty mieszkańców szpitala, a tem samem ani innym nie przeszkadzają i nie sprawiają przykrości, ani też sami takowym nie podlegają. Co dotyczy pacjentów ocznych, względy te w większej części przypadków uznać należy za zbyteczne. Osoby chore na oczy są w ogóle, z wyjątkiem cierpienia miejscowego, zupełnie zdrowe. Nie przeszkadzają one i nie sprawiają ani mniej, ani więcej przykrości swym towarzyszom niedoli, jak to czyniliby, będąc, co do oczu, zdrowymi; nie ma też powodu, odpowiednio do zasady stylu pawilonowego, zaopatrzać każdej sali w przynależną kąpiel, kuchenkę podręczną i t. d. oraz starannie ją izolować od reszty sal. Skądinąd zaś, stosownie do panujących obecnie zasad szpitalnictwa, nie popadnie się w drugą ostateczność: w obecnym czasie, nikt się nie zdecyduje, ze względów oszczędnościowych, na utworzenie obszernych sal, mających pomieścić znaczną liczbę łóżek. To zaś zmusza do przyjęcia za podstawę takiego układu budowli, w którym sale nie

zbyt obszerne rzędem obok siebie leżą i w najprostszym, najnaturalniejszym sposobie pośrednio, za pomocą korytarza, łączą się z sobą.

Jeżeli więc korytarz w zakładach ocznych ma nie tylko znaczenie jako środek do komunikacji, lecz zarazem posiada i tę, z jednej strony wysoko sławioną, a z innej nie kwestjonowaną wartość, że zwiększa quantum powietrza, jakim się w szpitalu oddycha: słusznem jest przeto baczną zwrócić uwagę na ustanowienie formy odpowiedniej celowi oraz na ustrój tej części budowli szpitalnej.

Jakim ma być korytarz szpitalny, jeżeli winien czynić zadosyć dwojakiemu przeznaczeniu, o którym wspomniano?

Co do swego położenia w stosunku do pozostałych pomieszczeń zakładu, korytarz może znajdować się albo po środku gmachu lub też na jednej ze stron tegoż. W obu razach, jako „główny korytarz“ prowadzić będzie odpowiednio do kierunku największej długości budowli. Przeto od kierunku, jakim odpowiada największa długość gmachu, zależy, czy korytarz, nie pośrodku przecinający budowlę, leży w jej północnej, czy też w południowej stronie. Skoro taki korytarz znajduje się w południowej stronie, wówczas sale dla chorych są od północy. Utworzenie sal dla chorych z oknami, ku północy zwróconymi, sprzeciwia się ogólnym zasadom budowy szpitali, jednak, jak już powyżej wspomniano, przez wielu kompetentnych zalecanem bywa specjalnie dla zakładów ocznych: w północnej bowiem stronie ma się spokojniejsze i więcej równomierne oświetlenie. Skoro zaś sale dla chorych mają znajdować się w północnej stronie budowli, wówczas korytarz musi być skierowany ku południowi, a więc, póki słońce przyświeca, nie jest do użytku dla pacjentów ocznych. Wprost przeciwnie rzecz się ma, skoro sale są od południa, a korytarz od północy. Wreszcie, gdy gmach jest

ukośnie zwrócony („nieorientowany“) lub też z północy na południe skierowany, nateczas w pewnej tylko, co prawda, porze dnia, kiedy na nim słońce nie przyświeca, staje się dogodnym miejscem pobytu dla ocznych chorych.

Wartość korytarza, prowadzącego po środku budowli i posiadającego okna li-tylko po obu końcach, nie zależy od skierowania długiej osi budowli. Pod względem praktycznym jest tu bez znaczenia, czy słońce wdziera się przez jedno z krańcowych okien w rannych, południowych lub też popołudniowych godzinach. Jedną z główniejszych cech środkowego korytarza jest, że tylko na czas krótki i to niewiele promieni słonecznych otrzymuje, a stąd w ogóle nie może być tak widnym, jak wielookienny frontowy korytarz. Ta zaś cecha czyni go nader pożytecznym dla chorych na oczy. Korytarz, umiarkowanie oświetlony, w każdej porze dnia, nawet bez zacielenia, dostępny dla chorych na oczy, bezspornie byłby zawsze pożądanym w zakładzie ocznym, gdyby nie jeden poważny argument, jaki przeciw niemu może walczyć, mianowicie trudność przewietrzania takiego korytarza. Z tego powodu już przed 30 laty t. zw. środkowe korytarze zostały za nieodpowiednie dla zakładów leczniczych uznane. W owej epoce pierwszym w rzędzie miarodajnych powag w dziedzinie szpitalnictwa był Esse, dyrektor szpitala Charité w Berlinie. Esse tak się wyraża, co do urządzenia korytarzy w zakładach szpitalnych: nigdy nie należy budować korytarzy po środku gmachu, lecz zawsze na jednej z fasad tak zwłaszcza, aby strona budowli najwięcej słoneczna była przeznaczona na sale dla chorych.

Opinia, co do szkodliwości korytarza, wzdłuż przez środek gmachu prowadzącego, tradycyjnie utrzymuje się dotąd dzięki wielu podręcznikom, tym krzewicielom tradycji. Od epoki jednak, o której mowa, nauka

o przewietrzaniu budowli mieszkalnych olbrzymio naprzód postąpiła i obecnie tak dostateczne oświetlenie jak i wolne od zarzutu przewietrzanie środkowego korytarza nie powinno napotykać szczególnych trudności.

Tym sposobem jest się niejako zmuszonym do postawienia wniosku, że dla zakładu ocznego środkowy korytarz przedstawia najwłaściwszą formę budowy wtedy tylko, skoro jest pewność, iż zakład posiadać będzie doskonałą wentylację i dostateczne oświetlenie.

Do zalet środkowego korytarza doliczyć należy, że w żadnym innym systemacie budowlanym szpitala pojedyncze sale nie leżą bliżej i dogodniej względem siebie; nigdzie nie są łatwiej dostępne i nigdzie zresztą pacjenci na salach nie mogą być łatwiej obsłużeni, a zarazem kontrola lepsza, niż w budowlach o środkowym korytarzu. Zatem przy mniejszym wydatku na budowę, tak zarząd jak i komunikacja w zakładzie odbywa się w prostszy, prędzszy i lepszy sposób, aniżeli w długość wyciągniętych budowlach korytarzowych o pojedynczym rzędzie sal. Niezaprzeczone zalety ostatnio wspomnianych budowli są dla zakładów ocznych stosunkowo małej wagi.

Posadzka na korytarzu oraz w salach dla polikliniki (ambulansu) i w salach operacyjnych, a, jeśli można, i we wszystkich pomieszczeniach w zakładzie powinna być z flizów, z Mettlachowskich płytek, lub lepiej z takiego materiału jak „terrazzo“ albo też „chamottestein.“ *Posadzka ma być wszędzie równa bez żadnych progów między salami chorych a korytarzem.*

Sala do udzielania porady przychodnim chorym i poczekalnia.

We wszystkich zakładach ocznych znajduje się na parterze t. zw. ambulansowa czyli polikliniczna sala, w której się bada przy świetle dziennym, udziela porady i opatruje przychodnich (ambulatoryjnych, poli-

klinicznych) pacjentów („*ruchoma klinika*“). Poczekalnia dla tychże chorych zwykle położoną jest w najbliższym sąsiedztwie sali ambulansowej i łatwo powinna komunikować się z takową.

W Anglii, gdzie szczególną uwagę zwrócono na ambulatorja, istnieje zwykle dwoje drzwi między salą do przyjęć a poczekalnią: jedne służą do wejścia, drugie zaś do wyjścia dla chorych. Spotyka się tam też nieraz podział poczekalni na dwie części, podług płci, a w niektórych szpitalach urządzono nawet osobne poczekalnie dla kobiet, a osobne dla mężczyzn.

O wiele ważniejszym jest mieć na pamięci przy układaniu planu szpitala, aby tak poczekalnia, jak i sala ambulansowa były w ten sposób sytuowane, iżby pacjenci przychodni, którzy łatwo wnoszą nieczystość i zarazki chorobowe do zakładu, najmniej mogli mieć dostępu do wnętrza budynku, a zupełnie nie byli w stanie obcować z chorymi ze „*stałej kliniki*“ (*Stationäre Augenkranken*). [Należy też w pobliżu pomieszczeń dla ambulatorjum osobno urządzić wszystko, co może być niezbędnem dla przychodnich pacjentów: muszą więc być blisko poczekalni co najmniej dwa klozety z pisuarami dla osób obojga płci.]

Biorąc pod uwagę powyżej wyłuszczone względy, zalecono, aby pomieszczenia dla polikliniki zupełnie usunąć po za obręb murów zakładu szpitalnego, a wreszcie radzono, aby je w naturalny sposób odciąć (odgrodzić murem) od kliniki stałej. Myśl ta została już do pewnego stopnia praktycznie zastosowana w klinice ocznej w Heidelberg'u. W Halli urządzono specjalne wejście dla przychodnich chorych, które otwieraniem bywa tylko na godziny przyjęcia; przez drzwi wchodowe chorzy dostają się do obszernego przedsionka, po drugiej stronie tegoż znajduje się poczekalnia, a obok tejże, w łączności z nią pozostająca sala przyjęcia chorych. Chorzy przychodni mają więc

tu dostęp do obu sal, na ich wyłączny użytku przeznaczonych oraz do przedsionka, który w razie potrzeby może służyć za poczekalnię.

Sala operacyjna.

Pomyślny wynik operacji ocznych zależy nieraz od cząstki milimetra. Stąd pierwszym warunkiem dla pomieszczenia, w którym dokonywa się operacji na oczach, winno być odpowiednie, stosowne oświetlenie tegoż. Przedewszystkiem pole operacyjne musi być dostatecznie oświetlone. Nie trzeba jednak sądzić, iż zależy na możliwie jaskrawem świetle, co mogłoby naprowadzić na myśl zalecenie wielkich okien; nie idzie nam o największe natężenie światła, lecz ważnem jest, aby *oświetlenie* było *równomierne*, a nadto, aby promienie światła we właściwym kierunku padały na pole operacyjne. Niewątpliwie, ze względu na potrzebę równomiernego światła, należy, o ile to jest możebnem, *zwrócić okna sali operacyjnej ku stronie północnej*. Komu tylko zdarzyło się operować przy nierównomiernem świetle w sali o południowych oknach, ten wie, jak to jest przykrem dla operatora i jak to utrudnia dokonanie operacji.

Kierunek, w jakim promienie światła mają dochodzić do sali operacyjnej, nie tyle jest rzeczą budowniczego, ile operatora, który sam musi pomyśleć, jak swoją osobę oraz pacjenta umieścić, aby w danych warunkach skorzystać z kierunku, w którym najlepsze światło dochodzi.

Co do strony technicznej, zaakcentować tylko należy, że nadmiernie wielkie okno zaimponować może profanowi, dla operatora zaś jest zwykle bez wartości.

Górne oświetlenie (*Oberlicht*) mało bywa stosowane w salach, przeznaczonych do operacji ocznych, a w ogóle nie jest zachwalanem przez okulistów. [Zdaje się, że jedynie w niektórych szpitalach londyńskich (Guy's Hospital, St. Mary's Hospital) ope-

racje na oczach dokonywane bywają w salach o górnem oświetleniu.]

Skoro podczas operacji pacjent znajduje się w leżącej pozycji, jak to obecnie prawie bez wyjątku zwykło się czynić w klinikach ocznych, wówczas górne światło jest stanowczo niepomysłnem dla operatora: w tym razie bowiem trudno pozbyć się refleksu rogówkowego, który ogromnie przeszkadza przy wszelkich delikatniejszych operacjach ocznych. Staramy się też zawsze przez odpowiednie umieszczenie pacjenta przenieść ów refleks w inne miejsce tak, aby odbicie światła od rogówki nie stało na zawadzie przy rozpatrywaniu się w polu operacyjnem. Natomiast zalecić należy, *aby okna raczej niżej do podłogi dostawały niż, aby wysoko do sufitu dochodziły*, a to w celu aby można było korzystać ze światła horyzontalnego, a nawet ze światła, z dołu dochodzącego. Jeśli, w danym razie, tego rodzaju oświetlenie nie okazuje się dogodnem, wówczas w najprostszym sposobie można zasłonić dolną część okna.

Przeważna część operacyj ocznych należy do najdelikatniejszych, najsubtelniejszych, jakich lekarz dokonywa, ważnem jest więc, aby tak sam operator, jak i jego pomocnicy dobrze mogli widzieć każdy punkt w polu operacyjnem, a zatem, aby nie byli krępowani podczas aktu operacji, w swych poruszeniach, zwykle nie cierpiących zwłoki ze względu na wynik rękoczynu; stąd zaś dla dobra operowanego najpożyteczniejszą jest obecność możliwie małej liczby osób w czasie trwania operacji; wymiary więc sali, mającej służyć li-tylko do dokonywania operacyj ocznych, nie potrzebują być znaczne.

Sala operacyjna w Halli leży na północ i zajmuje 57 kw. m.; okno 3 m. szerokie zajmuje prawie całą wysokość sali. Tiedemann twierdzi, zgodnie z powyższem, iż operacjom na tak małych organach, jak oko i ucho, może z pożytkiem przypatrywać się

mała jedynie garstka osób. Operacyjna więc sala nawet w uniwersyteckich klinikach nie ma być obszerną, ani też posiadać amfiteatralnie ustawionych ławek dla studentów.

W Heidelberg'u sala operacyjna jest też zwrócona ku północy; nadto część operacyj dokonywaną bywa na korytarzu (w północnej stronie gmachu położonym) bezpośrednio przed salami dla chorych tak, że natychmiast po operacji łóżko z chorym wtacza się napowrót do sali. Naprzeciwko każdej z nich znajduje się na korytarzu jedno na północ zwrócone okno.

W Królewcu, sala operacyjna jest, jak sam dyrektor zakładu twierdzi, wadliwie urządzona: przedstawia bowiem długi, wązki pokój z oknem, na wschód zwróconem. W listopadzie i grudniu oraz w końcu października i w początku stycznia, ogółem prawie w ciągu kwartału, w popołudniowych godzinach jest się zmuszonym operować przy oświetleniu elektrycznem.

We Fryburg'u, sala operacyjna ma trzy okna: okno, po środku leżące, skierowane jest ku północy, jedno z bocznych wychodzi na północo-wschód, drugie zaś na północ-zachód; operacyj dokonywa się przed jednym z tych trzech okien, stosownie do tego, skąd lepsze światło dochodzi. W podobnych warunkach znajduje się sala operacyjna w Lipsku.

We Wrocławiu przeznaczono wyłącznie dla dokonywania operacyj piękną dwuokienną, na północ zwróconą salę.

W Marburg'u istnieje obszerna sala operacyjna o dużem oknie, skierowana *na północo-wschód*, sala ta mieści się w północnym krańcu budowli na drugim piętrze; *odpowiednio położona sala na parterze służy do badań drobnowidzowych.*

Zakład oczny w Bazylei zarówno jak i w Marburg'u należy do rzędu „nieorientowanych“ budowli; sala operacyjna nie mogła tu zostać skierowaną ku północy, umieszczono więc ją jak i w Marburg'u, w pół-

nocnym krańcu budynku; sala ta posiada duże na północo-zachód zwrócone okno.

Pożądanem jest, aby okno w sali operacyjnej składało się z jednej dużej szyby lustrowej, osadzonej w żelaznej ramie, a parapet przy oknie był pokryty grubą taflą szklaną (zagłębienia pod okiennymi parapetami niepotrzebne); dalej, — aby woda rozlana na podłogę miała odpływ wprost na zewnątrz przez szklaną rurę, osadzoną w zewnętrznej ścianie (Rydygier); ściany tak tu jak i w innych salach powinny być gładkie, mieć rogi i kąty wygładzone (zakrąglone), całe być olejną farbą ¹⁾ (lub, co lepiej, szklanymi taflami) pokryte. Drzwi i odrzwia mają być zupełnie gładko obrobione i nie posiadać żadnych zagłębień. *W ogóle sala operacyjna tak winna być urządzona, aby całą można było łatwo oczyścić i sptukać.*

W najbliższem sąsiedztwie z salą operacyjną należy wyznaczyć *osobny, nie łączący się z nią, niewielki pokój*, któryby służył do pomieszczenia całego zbioru instrumentów w szafach, tylko z metalu i ze szkła lub porcelany sporządzonych; może też mieścić się tu podręczna biblioteka.

Ustawienie szafy z instrumentami w sali operacyjnej jest niewłaściwem, gdyż kosztowne, misternie obrobione instrumenty oczne łatwo ulegają zupełnemu zniszczeniu pod wpływem wilgoci, a jeszcze więcej pod wpływem ulatniania się różnych substancyj, przy przeciwnym postępowaniu (antyseptyce) stosowanych. Inne pomieszczenia nie nadają się dla jasnych każdemu przyczyn, do przechowywania narzędzi chirurgicznych.

Całe urządzenie do wyjaławiania (sterylizowania) oraz do przechowywania materiałów opatrunkowych, pożądane w każdym zakładzie, gdzie się dokonywa jakichkolwiek

¹⁾ Najlepiej użyć do pokrycia ścian szarej lub jasno-zielonej farby olejnej.

operacyj chirurgicznych, *najstosowniej pomieścić w samej-że sali operacyjnej*, jak to uczynił Prof. Rydygier w nowo-otworzonej uniwersyteckiej chirurgicznej klinice w Krakowie.

Pożytecznem jest również zarezerwowanie w pobliżu sali operacyjnej małego pokoju, mającego służyć na skład tylko czystej bielizny dla chorych. Z pokoju tego może też korzystać dozorcująca Siostra Miłosierdzia.

C i e m n i c a.

Oftalmoskop (wziernik oczny) stał się ważną bronią, dzięki której w ostatnich dziesiątkach tego stulecia okulistyka odniosła największe zwycięstwa na polu naukowem. Ciemnica do badań wziernikowych powinna więc istnieć w każdym zakładzie ocznym. Klinika oczna, jako zakład leczniczy, musi posiadać choć jeden pokój ciemny, w którym możnaby dokonywać *wziernikowych badań*. Pomieszczenie to służyć też może do badań, mających na celu *oznaczenie różnych rodzajów uczucia światła* (Lichtsinn); wyniki tych badań mają niepoślednią wartość i dla celów praktycznych, choć dotąd przez większość praktyków - okulistów mało bywają uwzględniane.

Do badań oftalmologicznych nadający się pokój ciemny niekoniecznie ma być obszerny, gdyż w leczniczych zakładach ocznych naraz zwykle tylko jedna, najwyżej dwie osoby bywają badane.

W dawnej klinice ocznej w Bazylei tak szczupłe było pomieszczenie, że musiano, nie chcąc zajmować miejsca, uciec się do zastosowania znakomicie pomyslanego przyrządu w rodzaju miecha kowalskiego, który w razie potrzeby mógł być rozsunietym i wówczas tworzył ciemnicę, po ukończeniu zaś badania bywał zsuwanym.

Klinika oczna, będąc z zakładem naukowym, musi posiadać obszerniejszy ciemny

pokój, w którym większa liczba osób mogłaby ćwiczyć się we wzniernikowaniu. Lecz należy mieć na uwadze, że do oftalmoskopowania nie jest niezbędną absolutna ciemnia. Wrazie potrzeby można wzniernikiem badać oczy i w widnej sali. Przestrzeń bowiem, w której się ma rozpatrywać, mianowicie wewnątrz badanego oka jest ciemnem, a dopiero przez wzniernik oświetlonem zostaje. Stąd w gruncie rzeczy, jest bez znaczenia, czy otaczająca przestrzeń jest, czy nie jest oświetloną. Przy badaniu w widnym pokoju przeszkadzają liczne refleksy światła, na rogówce zwłaszcza występujące, one też zawadzają przy badaniu, lecz nie czynią jego niemożliwym.

Jakkolwiek więc, już ze względu na te odbicia się światła, jest do życzenia, a nawet zdawać się może niezbędnem utworzenie ciemnicy, w której wzniernikowanie oraz nauka tegoż mogłaby odbywać się; jednak zbyt rzadkiem byłoby wymaganie aby w tej sali panowała zupełna ciemnia, w ściśle fizykalnym znaczeniu tego wyrazu. Zaciemnienie sali czarną sukienką zasłoną, albo też drewnianymi zwijanymi żaluzjami, lub w jakikolwiek inny na ten cel odpowiedni sposób okazuje się w praktyce zupełnie wystarczającym.

Zatem mały (stale) ciemny pokój do dokładnego badania pojedynczego pacjenta, a nadto obszerniejsza sala, np., ambulatoryjna, łatwo mogąca być zaciemnioną przy badaniu wzniernikowem, zresztą zaś na inny cel służąca: oto wszystko, co uważać można za nieodzownie potrzebne. Bynajmniej nie twierdzimy, żeby, skoro pomieszczenie oraz fundusze są po temu, urządzenie jednej a nawet paru ciemnic nie było w wysokim stopniu pożądanem *nie tylko już dla oftalmoskopowych, lecz i dla oftalmometrycznych badań.* Tam zwłaszcza, gdzie w pobliżu brak specjalnych zakładów do naukowych badań teoretycznych, gdzie brak pomocy naukowej na polu optyki, wiele za-

leżyć może na urządzeniu obszerniejszej ciemnicy.

W nowo-wybudowanej klinice ocznej w Bazylei, pokój do wzniernikowania leży tuż przy sali poliklinicznej, a po drugiej stronie tegoż mieści się sala operacyjna. Ciemnica zajmuje tam 15 kw. metr. (6×2,5 m.) powierzchni.

We wrocławskiej uniwersyteckiej klinice istnieją dwa gabinety do wzniernikowych badań: większy i mniejszy; oba w najbliższym sąsiedztwie z salą polikliniczną. Mniejszy gabinet ma 6 kw. metr. (2×3 m.) powierzchni i służy tylko do pojedynczych badań; większy zaś — do celów nauczania oraz do badań, do których ciemnia potrzebna. Powierzchnia tego gabinetu wynosi 39 kw. metr. (6,5×6 m.)

We Fryburg'u powierzchnia ciemnicy wynosi 17,5 kw. metr. (3,5×5 m.), w Królewcu 30 kw. metr. (4×7,5 m.), a w Marburg'u 21 kw. metr. (3×7 m.)

W klinice ocznej w Halli z poliklinicznej sali prowadzą jedne drzwi do widnego pokoju, drugie zaś do ciemnicy; pierwszy służy głównie do badania siły wzroku, druga zaś do wzniernikowania. Oba mają prawie równą powierzchnię, mianowicie (4×7 m.) 28 kw. metr. W sali poliklinicznej nie dokonywa się tam żadnych ściślejszych specjalnych badań.

W Heidelberg'u urządzono obszerną ciemnicę, służącą do wszystkich badań i doświadczeń, w ciemni podejmowanych. Jest to ciemnia w ściśle fizykalnym znaczeniu tego wyrazu. Okna niezbędne do przewietrzania, mają podwójne szyby, których obie wewnętrzne powierzchnie są zaczernione.

O osobnych pokojach, rezerwowanych dla zamniejszych pensjonarzy.

Przyjmowanie do zakładu szpitalnego prywatnych chorych utrudnia i komplikuje zarząd szpitalem; mimo to prawie wszystkie

zakłady i oddziały szpitalne, nawet uniwersyteckie kliniki oczne posiadają osobne pokoiki dla osób zamożniejszych.

Dla ordynującego lekarza te prywatne pokoiki mają ogromne znaczenie, gdyż wygodnym jest mieć większość swych pacjentów zebranych w jednym miejscu, dogodnym też jest nie być zmuszonym do przenoszenia swych instrumentów i innych przyrządów z domu do domu, oraz do udzielania coraz to nowej obsłudze chorego tychże samych wskazówek i przepisów, co do zachowania się względem cierpiącej osoby i chorego organu. W różnych, nieraz nieznanych lokalach, w jakich lekarz w swej praktyce prywatnej bywa powołanym do czynu, napotyka się przeszkody, utrudnienia i niespodzianki, które nigdy w dobrze zorganizowanym zakładzie wydarzyć się nie mogą.

Przyjmowanie do zakładu zamożniejszych chorych na pozór daje się usprawiedliwić z finansowego punktu widzenia, mianowicie: że opłata wyższa, jaką ci pacjenci uiszczają, ma stanowić ulgę dla budżetu, obciążonego wydatkiem na utrzymanie niezamożnych chorych.

Zasadnicza idea w tej sprawie niezaprzeczenie ma rację bytu, w praktyce jednak przekonać się łatwo, że, skutkiem wysokiego ekspensu na utrzymanie tych prywatnych pokoi, materialna korzyść nie jest taką, jak by oczekiwać można, a nieraz nawet, mimo umęczenia dla osób, do zarządu szpitalnego należących, nie wykazuje żadnych dodatnich stron.

Stanowczo lepszą byłaby myśl, aby zamożni zdrowi ludzie wdzięczni, że ich los uchronił od fizycznych dolegliwości, materialnie wspierali niezamożnych pacjentów.

Skoro zakład przyjmuje zamożniejszych chorych, uiszczających wyższą opłatę, wówczas muszą być zawsze na pogotowiu pokoje dla pacjentów, różną opłatę wnoszących; tym sposobem musi istnieć, względnie stać pustkami, w pogotowiu większa liczba

pokoi, niż po temu zachodzi potrzeba. Stąd zaś wynika konsekwencja, iż przy danych rozmiarach całego gmachu, liczba sal musi być zwiększona, a zatem wymiary pojedynczego pokoju mniejsze. W rzeczywistości tak się też dzieje: szpitalne pokoiki prywatne są zazwyczaj nader szczupłe. Dla chorych zaś małeńkie pokoiczki są bez wartości, gdyż w nich o wiele trudniej utrzymać równomierną ciepłotę i czystość powietrza, aniżeli w obszerniejszych salach. Wiadomo nadto, że oczni pacjenci nie lubią samotności; zamożniejsi więc życzą sobie lub wymagają opieki albo przynajmniej towarzysztwa kogoś z krewnych, blizkich lub znajomych tak, że chcąc zadosyć uczynić tym żądaniom, należałoby do prywatnych, i tak już małych pokoików wstawiać dwa łóżka lub też dla jednego pacjenta rezerwować dwa pokoiki. Skoro w zakładzie nie istnieją różne klasy dla pensjonarzy, a jednak zajdzie potrzeba osobnego pokoju dla jednego pacjenta, wówczas można na ten cel oddać którąkolwiek z sal, co, w razie jeśli liczba pensjonarzy nie jest nadmiernie wygórowaną, zazwyczaj łatwo daje się uskutecznić, zwiększając, o ile to możebnem, liczbę pacjentów na pozostałych salach. Zresztą w przypadkach, w których ze względów lekarskich, wypada odosobnić chorego na oczy, izolacja zwykle trwa nie długo.

W znacznej większości zakładów ocznych, chorzy, którzy poddali się poważniejszej operacji, a zwłaszcza ci, co świeżo przebyli operację wydobycia zaćmy (katarakty), zostają, jeśli można, przez 5 do 8 dni odosobnionymi, a to w celu uchronienia ich od wszelkiej przykrości ze strony innych chorych, głównie zaś w celu pozbawienia ich możliwości prowadzenia niepotrzebnych pogadanek. Na ten jednak cel lepiej przeznaczyć obszerniejszą salę, aniżeli mały pokój: większa przestrzeń powietrza w sali zrównoważa poniekąd braki, powstałe skutkiem li-tylko sztucznej wymiany powietrza; mniej

korzystne zaś są warunki w małych pokojkach, zaciemnionych i odciętych od działania promieni słonecznych.

W innych zakładach ocznych, np. w Utrechcie, więcej obawiają się przygnębienia umysłowego, prawdziwej zadumy (melancholji), nieraz owładającej osobami odosobnionymi, aniżeli wszelkich przykrości, wynikających ze wspólnego pobytu kilku pensjonarzy w jednej sali szpitalnej. W Utrechcie nigdy w zasadzie nie izoluje się chorych ocznych prócz szczególnych przypadków, które zmuszają do tego.

W Bazylei, gdzie oddział męzki znajduje się na pierwszym, kobiecy zaś na drugim piętrze, zarezerwowano dla prywatnych chorych na każdym piętrze po trzy pokoje: w jednym mieszczą się dwa łóżka, w pozostałych zaś w każdym po jednym łóżku. Z tych trzech pokoi dla prywatnych chorych dwa mniejsze zajmują powierzchnię tylko 12 kw. metr.; a pokój o dwóch łóżkach 18 kw. metr. Zatem, przy wysokości pokoi równej 4 metr., wymiar sześcienny, przypadający na jedno łóżko w mniejszym pokoju równa się 48 kub. metr., w większym zaś—36 kub. metr.

We Wrocławiu ludzono się nadzieją, że z przewyżki opłaty, wnoszonej przez zamożnych chorych, nad wydatkami, na nichłożonemi, można będzie utrzymywać niezamożnych pacjentów; lecz, przy największej oszczędności i przy najlepszych chęciach, nie można było dopiąć tego celu; bilans kliniki corocznie wykazywał deficyt, wahający się między 2000 a 2500 marek, aż ostatecznie w roku 1884 podwyższono etat kliniki ocznej o 2500 marek. Dotacja ze strony państwa wynosiła w 1880 r. 1800 marek, obecna zaś dotacja, czyniąca zadosyć potrzebom, wynosi 4500 marek. Każdy chory płaci 1 do 1,25 mk.; rzadko kiedy chorzy są w stanie płacić po 3 marki dziennie, a i w tym razie nie są t. z. prywatnymi pacjentami, gdyż tak samo pod każdym

względem są uważani i traktowani jak i zupełnie biedni chorzy.

W Heidelberg'u wszystkie pokoje, co do podłóg, pomalowania ścian i t. d. są zupełnie równe sobie, każdy pokój może uapędece przez wstawienie odpowiednich ruchomości być urządzonym jako gabinet pierwszej, drugiej lub trzeciej klasy.

W ocznej klinice w Halli nie ma pokoi dla zamożnych chorych; wszyscy pensjonarze kliniki należą do niezamożnej klasy ludności; chorzy zamieszkują sale, z których każda mieści w sobie po sześć łózek.

Reszta zakładów ocznych przyjmuje chorych wszelkiej zamożności, dzieląc ich na trzy lub cztery klasy, z mniej lub więcej wyraźnemi różnicami w umeblowaniu, położeniu, rozmiarze pokoju oraz w rodzaju pożywienia.

(Dokończenie nastąpi).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

SCHRONISKA DLA BIEDNYCH.

Dr. Becker. (Deutsche Vierteljahresschrift für öffentliche Gesundheitspflege. 1890. Bd. 22. H. 2).

Nadawszy artykułowi swemu tytuł ogólny, autor opisuje w nim jednak tylko rozmaite przytuliska, znajdujące się w Berlinie. Jest ich kilka rodzajów, odpowiednio do tego, kto nimi zarządza, jak również do tego, kto się do nich udaje. Porządni, uczciwi robotnicy, których żądza pracy lub wydoskonalenia się w rozmaitych rzemiosłach sprowadziła do Berlina, udają się przed znalezieniem sobie odpowiedniego zajęcia do jednego z dwóch wielkich jakby zajazdów, które połączone cechy (15) w mieście utrzymują. Przyjmują tam każdego, kto tylko nie ma wyglądu pijaka lub włóczęgi i może zapłacić za nocleg nie mniej jak 25 f. Zamożniejsi mogą dostać pomieszczenie za 30 f. do 1 marki za noc. Pomieszczenia te są jasne, czyste i tanie. Nadto zasługuje w nich na uznanie przestrzeganie przyzwoitości i moralności. W r. 1888 jedno z tych pomieszczeń (Oranienstrasse 105) przyjęło 18,721 osób, którym wydało 49,235 porcji jedzenia po 10—40 fenigów. Jedzenie jest smaczne i świeże. Obiad jada się tam przy wspólnym stole, aby przypomnieć gościom na-

wyknienia spokojnych mieszczan. W drugim, tak samo urządzonym przytułku (Augusstrasse 81) przyjęto w ciągu roku 1888-ego 11,335 gości. Przybyłe do przytułku osoby pozostają w nim tylko do czasu, w którym znajdują sobie zajęcie, najdłużej 8 dni. Składają w nich robotnicy, jeżeli chcą, próbki swojej pracy, co w r. 1888 dało 15-u tysiącom ich sposobność znalezienia miejsca.

Ponieważ mający zajęcie robotnicy do przytułku nie mogą być przyjęci, a mieszkania w Berlinie są bardzo drogie, więc odnajmują oni od lokatorów tak zwane „miejsca dla spania“ za 12—15 marek miesięcznie. Takich odnajmujących miejsca dla spania było dawniej w jednym mieszkaniu wielu, tak że warunki higieniczne były bardzo złe. Dlatego też w r. 1880 wydano rozporządzenie, mocą którego wynajmujący miejsca dla spania powinien dowieść, że ma dla siebie i swojej rodziny dość miejsca, i że miejsce dla każdej osoby, któraby u niego nocleg mieć chciała, zajmuje nie mniej jak 3 □ metry, przyczem powietrza jest dla każdej osoby 10 metrów sześciennych. Każdy, chcący mieć u siebie przychodnich lokatorów na nocleg musi o tem dać znać do policji, i ta ostatnia, sprawdzwszy na miejscu, czy pomieszczenie wspomnianym warunkom odpowiada, wydaje pozwolenie na przyjmowanie na nocleg odpowiedniej ilości osób. Nadmienić należy, że osoby niejednakowej płci nie mogą sypiać w jednym pokoju.

Trzeciego rodzaju pomieszczenia były dawniej w Berlinie znane jako „Pennen.“ Nocowali w nich ludzie zupełnie podupadli, nie mogący więcej nad 10—20 pfen. za nocleg zapłacić, przytem bardzo niewyraźnej wartości moralnej. Byli pomiędzy nimi, oprócz wyrobników, żebracy, złodzieje, włóczęgi i pijacy. Wszystko to było brudne, obszarpane i nadto wynędzniałe, tak że rozmaite choroby zakaźne znakomicie się pomiędzy tą klasą ludzi rozwijały i potem, jako epidemie, odpowiednie części miasta opanowywały. Działo się to tem łatwiej, że pomieszczenia dla tych ludzi były to nory w piwnicach, w których nieraz po 60—80 osób w brudnym swoim ubraniu na cienkiej warstwie przez pół zgniłej słomy tuż przy sobie leżało. Miasto nie mogło tego tolerować. Wydane więc zostało w r. 1880 rozporządzenie, zabraniające urządzania podobnych wspólnych noclegów. Dla każdej osoby musi być najmniej 3 □ metry mająca przestrzeń przeznaczona. Siennik, poduszka i wełniana kołdra muszą być dla każdej osoby oddziel-

ne i co miesiąc prane. Osoby niejednakowej płci nie mogą spać w jednym pokoju. Musi znajdować się w pokoju woda do picia i do mycia i sprzęty do tego ostatniego potrzebne. Jeżeli ktoś z przybyłych jest chory lub dopiero w nocy zachoruje, policja powinna być o tem zawiadomiona.

Pomimo tych surowych rozporządzeń, nieporządki w prywatnych noclegowiskach trwały, i dopiero teraz, kiedy założono nowy „przytułek miejski“ pewnie stosunki się poprawią. Wido-cznem to będzie z opisu jego, który niżej przytoczymy. Zobaczysz czytelnik, że jest w nim uwzględnionych wiele punktów, mających na celu zapobieganie rozmaitym chorobom wśród biednej klasy robotniczej i szerzeniu się ich po mieście. Nadmienimy jednak, że już od r. 1869 istniały w Berlinie dwa przytułki: jeden dla 300 mężczyzn, drugi dla 50 kobiet. Odznaczały się one czystością kompletną. Była w nich urządzona kąpiel, z której jednak stosunkowo mało korzystano, i waterklozety. Sprzętów do mycia było dużo. Przybyłych nie poddawano żadnej kontroli. Rano i wieczór każdy przyjęty dostawał kawałek chleba i ciepłą zupę.

Otwarty w końcu r. 1887 przytułek składa się: 1) z przytułku dla całych rodzin, 2) z przytułku dla osób pojedynczych pozbawionych noclegu.

1) W przytułku dla rodzin mieszkają całe podupadłe rodziny, aż do chwili wyszukania sobie stałego zajęcia i otrzymania przez to możności wynajęcia mieszkania. Budynek jest trzy-piętrowy. Na parterze od frontu mieści się cały zarząd. Trzy frontowe piętra przeznaczone są dla kobiet i dzieci, mniej niż lat sześć mających; prawa oficyna zajmowana jest przez mężczyzn; w lewej mieści się jadalnia dla kobiet, szkołka i pokój bawialny dla dzieci. Nadto w prawej oficynie znajduje się pomieszczenie dla lekarza i poczekalnia dla chorych.

Przybywając do przytułku, wszyscy muszą się przede wszystkim wykapać; rzeczy ich są tymczasem czyszczone, a niektóre sprzęty dezynfekowane w znajdującym się w pobliżu specjalnym zakładzie, o którym powiemy niżej. Następnie przybyli zostają przedstawieni lekarzowi, który w razie choroby orzeka, czy należy ich odesłać do szpitala, czy też można ich leczyć w przytułku. Pokoje sypialne są na 8—12 i więcej osób urządzone. Ściany ich są do wysokości 1 1/2 metra olejno pomalowane, ażeby można je było płynami odkażającymi obmywać. Wszędzie panuje nadzwyczajna czystość. Rano i wieczorem dostają wszyscy zupę z chlebem, w południe zaś

obiad—cztery razy tygodniowo z mięsem. Ojcowie mogą się w dzień widywać ze swoją rodziną. Wszyscy mogą, ile chcą, chodzić po mieście w celu wyszukania sobie zajęcia. Dłużej niż 8 dni nie powinna rodzina przebywać w przytułku; odchodząc, musi ona dowieść, że znalazła sobie mieszkanie. W ciągu jednego roku przyjeżdżo do tego przytułku 5111 osób, z których 354 było chorych. Ambulansowo leczono 621 osób.

2) Przytułek dla pozbawionych noclegu mieści w sobie 10 z góry i z boku oświetlonych wysokich sal, wychodzących na wspólny długi korytarz. W każdej sali znajduje się 60—70 drewnianych łóżek; w każdym kącie sali znajdują się przybory do mycia dla trzech osób. Wentylacja jest znakomita. Ogrzewanie odbywa się za pomocą ciepłego powietrza. Jest ono starannie regulowane. Podłoga, łóżka i ściany (do wysokości 1,5 m. olejno pomalowane) są codziennie starannie zamiatane, skrapiane wodą i obmywane 5% kwasem karbolowym. Klozety znajdują się dość daleko od sal, korytarzem od nich przedzielone. Przestrzega się bardzo pilnie, aby wszyscy przybywający kąpali się. Jednocześnie kąpie się 20 osób. Tymczasem rzeczy ich odkażają się w specjalnym piecu, znajdującym się w piwnicy. Ta ostatnia ma z kąpielą bezpośrednią komunikację.

Pozbawieni noclegu przyjmowani są od 4 po południu do drugiej w nocy. Przybyli do 8½ dostają po 900 grm. zupy i po 200 grm. chleba. Zrana, odchodząc, wszyscy dostają tyleż zupy i chleba. Chorych gorączkujących nie przyjmuje się wcale; odsyła się ich przez policję do szpitali. Nie gorączkujący przedstawiani są zrana lekarzowi, który orzeka, czy mają być leczeni ambulansowo, czy też muszą być do szpitala odesłani. Z pomiędzy 220767 osób, w ciągu roku przybyłych, było 2226 chorych, których odesłano do szpitalów.

Za opisanym zakładem z tyłu znajduje się duży budynek dla odkażania rzeczy. Trzy ogromne kotły dostarczają potrzebnej do tego pary, której działaniu poddaje się wszystko, co tylko się od tego nie niszczy. Inne rzeczy odkażają się za pomocą kwasu karbolowego.

Przyznać więc trzeba, że opisane przytuliska odpowiadają wszelkim wymaganiom higieny i sanitarnej policji. Zapobiegają one w dwojaki sposób szerzeniu się wszelkich chorób zakaźnych: popierwsze, ułatwiając odesłanie do zakładów leczniczych chorych, zanim ci na miasto wyjdą i innych zarażą, podrugie, niszcząc przy odka-

zaniu ubrania zarodki wszelkich chorób zakaźnych, które chociaż jeszcze danego osobnika nie opanowały, jednakże później, rozwinięszy się, mogłyby jego i tych, z którymi się on styka, o chorobę przyprawić. *W. Janowski.*

NOTATKI BIBLIOGRAFICZNE.

Zakopane jako miejsce klimatyczne. Napisał D-r *S. Ponikło*. Kraków 1890, str. 42 Tablic VII.

Studjum klimatologiczne o Zakopanem zawiera w sobie obraz względnie pełny i obiektywny tego uzdrowiska; rozumie się, pełny o tyle—o ile szczerze dane na to pozwoliły, obiektywny zaś—o tyle, o ile może człowiek pożytek bliźnich na celu mający może na zimno o dobrodziejstwach natury pisać.

Po za wiadomościami klimatologicznymi, które autor objaśnił tak, by i nieznaający zasad meteorologii go rozumieli, znajdujemy wskazania i przeciwwskazania ku używaniu powietrza Zakopańskiego.

Końcowe uwagi zwracają się do tych wszystkich, którym czas, inteligencja i miłość kraju pozwoli badania szczegółowsze nad własnościami uzdrowiska tego prowadzić. Z danych klimatologicznych wybitnymi cechami Z. są: 1) ciśnienie powietrza jest o $\frac{1}{10}$ mniejsze niż w nizinach; 2) średnia ciepłota roczna jednostajniejsza niż w Krakowie; 3) silne promieniowanie słoneczne; 4) mierna wilgotność powietrza; 5) korzystny stan zachmurzenia; 6) obfity opad meteoryczny; 7) chemiczna i bakterjologiczna czystość powietrza; 8) korzystny stan i kierunek wiatrów; 9) dość znaczne napięcie elektryczne atmosfery i zawartość ozonu.

Cechy te czynią Zakopane „miejscem klimatycznym alpejskim o średnim wyniesieniu ponad poziom morza — uzdrowiskiem alpejskiem par excellence.“

W części drugiej autor rozważa różne stadja chorób przewlekłych, o ile nadają się one do leczenia w uzdrowisku alpejskim.

Ster.

Kilka słów o higienicznym znaczeniu sportu kołowego. Podług prof. v. Nussbauma, skreślił *D-r Fr. L. Neugebauer*. Warszawa 1890, str. 15.

Broszura składa się z dwóch części:

Pierwszej—właściwego streszczenia, i drugiej apologji autora, zwolennika sportu kołowego,

któremu za złe niektórzy brać mają, że jako lekarz na kołowcu jeździ, nie bacząc na swe stanowisko.

W części drugiej autor swego dowiódł i przekonał, że lekarz ma prawa ludzkie, a sport kołowy nikogo nie hańbi.

W części pierwszej—o ile się zgodzić możemy na zaliczenie jazdy na kołowcach do rzędu pożytecznych środków gimnastycznych lub terapeutyczno-mechanicznych, o tyle razi nas przesada w miarowaniu znaczenia tego środka. Przecież wszelką gimnastykę odbywać można na świeżem powietrzu, a podróznik kołowcowy nieraz nałykać się może kurzu. Najpoważniejszy więc argument zwolenników kołowca jest nieco przesadzony.

Co znaczyć ma dalej takie zdanie (str. 7) „Szczególnie rozdrażnienie nerwów nadaje się do sportu kołowego. Już po kilku tygodniach giną objawy choroby jeden po drugim...”

A na str. 8: „W przeciągu kilku tygodni giną objawy rozdrażnienia systematu nerwowego, następuje kompletne odrodzenie się człowieka *neurastenika*.”

Co najmniej—za silnie powiedziane.

Wreszcie zauważymy, jak każdy sport—jazda na kołowcu dostępna być może jedynie ludziom mającym i dla tego nazwać ją można dla nich zabawą pożyteczną, higieniczną—o ile pamiętać będą o radzie samego autora: „*Ne quid nimis!*”

Ster.

KRONIKA.

ROZPORZĄDZENIA RZĄDOWE.

Okólnik Departamentu Medycznego Ministerjum Spraw Wewnętrznych z d. 9 Lipca r. b. za N. 4682 o zajęciach hypnotycznych:

Z uwagi, 1) że publiczne przedstawienia hypnotyczne, nader szkodliwie działają na zdrowie nie tylko tych osób, z którymi dokonywane są doświadczenia hypnotyczne, lecz i na widzów, przyczem hypnotyzowani ulegają różnym chorobom histerycznym, nerwowym, a nawet umysłowym, przybierającym niekiedy charakter epidemii manii hypnotycznej, 2) że podobne publiczne reprezentacje hypnotyczne, dają możność ludziom złej woli, sposoby wystudjowane podczas seansów, zużytkować następnie w zamiarach niemoralnych lub występnych, 3) że w ogóle przedstawienia hypnotyczne, bez stosownych i racjonalnych wyjaśnień, mogą zrodzić w publice pojęcia fałszywe, a nawet przesady, po skończeniu zaś doświadczeń, mogą być przyczyną nie tylko zakłócenia przez medja spokojności publicznej i porządku, lecz nawet występów; Rada Medyczna postanowiła: 1) zabronić przedstawień publicznych z dziedziny hypnotyzmu oraz magnetyzmu, 2) po-

zwolenia zaś na stosowanie hypnotyzmu, jako środka leczniczego, powinny być wydawane przez władze administracyjne i tylko lekarzom, z zastrzeżeniem dopełnienia warunków wymaganych przez prawo (art. 115 T. XIII Ust. Lejar.) t. j. ażeby doświadczenia z chorymi, dokonywane były bezwarunkowo w asystencyi innych lekarzy.

J. E. Jenerał Gubernator Warszawski, reskryptem z d. 7. Sierpnia r. b. Za № 8352, zawiadomił p. Ober-Policmajstra m. Warszawy iż Towarzysz Ministra Spraw Wewnętrznych, dozwolił kilku lekarzom, pod bliższym kierunkiem i odpowiedzialnością Teodora Boryssowicza, lekarza, otworzyć w m. Warszawie, prywatny, gynecologiczny zakład leczniczy.

BULETYN SANITARNY ZA M. CZERWIEC R. B. (1 — 29 Czerwca — 2 Sierpnia).

Tabl. A.	27 tydz.		28 tydz.		29 tydz.		30 tydz.		31 tydz.		Razem		Ogółem
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	
Urodzenia	266	242	193	171	200	204	222	175	194	188	1075	980	2055
Noworodki martwe	4	8	9	6	12	7	9	8	7	10	41	39	80
Zmarli mieszk. Warsz.	98	102	114	78	106	109	101	94	106	94	525	477	1002
" przyjezdnych	16	8	20	5	13	13	7	6	16	10	72	42	114
Dzieci do lat 5 z m. Warsz.	57	52	76	44	69	75	70	59	66	50	338	280	618
" " przyjezd.	7	3	9	3	5	2	1	3	5	4	27	15	42
Z chorób zakażn. w ogóle	16	18	17	11	21	28	12	14	17	22	83	93	176

Liczba urodzeń w lipcu zmniejszyła się w porównaniu z czerwcem z 450 na 411 tygodniowo. Liczba wypadków śmierci spadła także, wynosząc 200 na tydzień, gdy w czerwcu 203. Dzieci do lat 5 stanowiły 61,7% ogółu zmarłych (w czerwcu 57,6%); średnia liczba dzieci, umierających w ciągu tygodnia, wynosiła 124 (w czerwcu, maju i kwietniu 117). W lipcu zatem dał już się odczuć wzrost śmiertelności wśród dzieci, właściwy porze gorącej i spowodowany przeważnie chorobami żołądka. Od chorób zakaźnych umierało średnio na tydzień 35 osób liczba ta jest cokolwiek mniejsza od odpowiedniej dla czerwca (37); zmarli z chorób zakaźnych stanowili 17,6% ogółu zmarłych (w czerwcu 18,1%). Tak więc siła chorób zakaźnych niewiele zmalała w porównaniu z czerwcem

Przyczyny śmierci	27 tydz.		28 tydz.		29 tydz.		30 tydz.		31 tydz.		Razem	ogółem
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.		
Ospa	5	3	7	2	7	6	5	3	3	6	27	47
Szkarlatyna	-	-	2	2	4	2	1	1	4	1	11	17
Dyfteryt	3	2	3	2	5	8	3	3	6	5	20	40
Tyfus brzuszny	-	3	1	1	-	1	-	-	-	1	2	5
Zapalenie mózgu	7	3	6	5	4	7	3	5	4	3	23	46
" oskrzeli	1	-	3	3	-	4	3	2	2	2	9	20
" płuc	9	11	9	9	8	8	8	8	6	6	40	82
Suchoty płuc	18	11	13	8	14	8	10	14	9	10	64	115
Nieżyt kiszek	21	17	27	13	26	30	30	20	28	18	132	230

Pomiędzy chorobami zakaźnymi na pierwszym miejscu stały: ospa, pochłaniająca 9,4 ofiar tygodniowo; dyfteryt 8 tygodniowo (odpowiednie liczby w czerwcu: 10,8 i 10). Obie te choroby zmniejszyły zatem cokolwiek swą siłę w porównaniu z czerwcem. Śmiertelność, wynikająca z zapalenia oskrzeli i z zapalenia płuc, zmniejszyła się znacznie, śmiertelność z suchot również była cokolwiek mniejsza, aniżeli w czerwcu. Za to wzrosła w wysokim stopniu śmiertelność, wynikająca z niezytu kiszek, wynosząc 46 wypadków śmierci na tydzień, gdy w czerwcu tylko 27,3. Śmiertelność z tej przyczyny dotknęła głównie dzieci do lat 5-ciu. W stosunku do ogólnej liczby zmarłych, zmarli tej ostatniej kategorii stanowili 23% w czerwcu 13,4%).

C.	27 tydzień	28 tydzień	29 tydzień	31 tydzień	30 tydzień	Średnie	Og. suma
Procent roczny zm. na 1000 m.	22,81	21,90	24,53	22,24	22,81	22,86	-
Zawarto zw. mał.	106	108	92	68	90	93	464
Wysok. barom.	746,95	746,83	751,04	746,92	752,62	748,87	-
Śred. temperatur.	20,10	17,73	21,76	16,01	19,76	19,07	-
Suma opadu	12,5	8,2	4,6	49,9	2,0	15,4	77,2
Kierunek wiatru.	SW.	W.	N.	W.	W.	-	-

Wysokość barometru była prawie normalną. Kierunek wiatru panujący również, jak w czerwcu, zachodni. Średnia temperatura 5 tygodni wypadła o 0,2° wyższą od normalnej dla lipca. Nie można jednak powiedzieć, ażeby lipiec r. b. pod względem zmian temperatury znajdował się w warunkach normalnych: temperatura była nadzwyczaj zmienna; o ile tydzień 27, a szczególnie 29 odznaczały się wielkimi upałami, o tyle tygodnie 28 i 30 miały momenta, w których chłód dotkliwie uciec się dawał. Amplituda wahań temperatury w ciągu 5-u rozważanych tygodni była niezwykle wielką, wynosząc 27,7°. Maximum temperatury 34,7° obserwowano w d. 18, minimum — w d. 28, wynoszące 7,0°. Jak widzimy, najwyższa w r. b. w lipcu obserwowana temperatura blizką była najwyższego obserwowanego w lipcu maximum, wynoszącego 36,5° (w roku 1873); najniższa temperatura w lipcu w ciągu 55-letniego peryodu wyniosła 5,0°. Suma opadu z 5-ciu tygodni wypadła o 17 mm. prawie wyższą od normalnej dla lipca. Jeżeli jednak wy-

łączymy dzień 21 lipca, w ciągu którego notowano 35,8 mm. opadu to pokaże się, że rozważany peryod czasu odznaczył się większą suszą, aniżeli bywa normalnie, gdy bowiem normalnie w lipcu przypada na dzień 1,95 mm. opadu, na każdy z owych 34 dni wypadło w przecięciu tylko 1,22 mm. Dni z deszczem było też tylko 13.

Wśród takich warunków atmosferycznych lipiec r. b. wykazał zniżoną w porównaniu z czerwcem śmiertelność, wynosząca 22,86 na 1000 mieszkańców rocznie (w czerwcu 23,13). Ten pomyślny objaw przypisać należy względnie przyjaznym warunkom atmosferycznym, panującym w czerwcu, których wpływ dał się odczuć w śmiertelności następnego miesiąca.

Dodać też należy, że śmiertelność w 5-u rozważanych tygodniach niższą była w r. b., aniżeli w którymkolwiek z lat poprzednich. Procent śmiertelności w tygodniach od 27 -- 31 wynosił:

w roku 1885	—	35,26
„ 1886	—	25,15
„ 1887	—	25,11
„ 1888	—	24,66
„ 1889	—	35,00

Srednio 29,04

A zatem warunki zdrowotne w r. b. były, widocznie w tej porze wyjątkowo pomyślne. M. C.

FABRYKA ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH W WARSZAWIE.

Świeżo otwartą została w Warszawie fabryka środków opatrunkowych p. Wodniakowskiego (skład przy ulicy Marszałkowskiej 148), która obok środków opatrunkowych wyrabia na miejscu przyrządy gumowe w zakres chirurgji wchodzące. Tak więc sprowadzanie z zagranicy aparatów tych pochłaniające wciąż jeszcze dość znaczne sumy z kraju staje się coraz bardziej zbytecznym.

KUCHNIE RESTAURACJI PARYZKICH.

Przykre położenie kucharzy paryzkich zmusiło ich do złożenia zażalenia w radzie municypalnej Paryża. Ta ostatnia wyznaczyła komisję, która zbadała rzecz na gruncie i przyszła do wniosku, że skargi kucharzy są zupełnie słuszne. W najwykwitniejszych nawet jadłodajniach kuchnie są bardzo małe. Brak więc tam miejsca, a przez to świeżego powietrza. Bardzo nieznaczna wysokość kuchen pogarsza sprawę; gorąco zaś robi te przybytki męczarni wprost nieznośnymi, gdyż temperatura w większości kuchen przewyższa o 10^o—20^o C. temperaturę atmosfery. Okna są zwykle bardzo małe i wąskie. Ponieważ większość kuchen mieści się w suterrenach, jest w nich bardzo ciemno. Pali się tam ciągle gaz,

który jeszcze więcej podnosi temperaturę i którego produkty spalania, domieszane do wyziewów z potraw i naczyń, czynią powietrze bardziej jeszcze dusznem. Przytem odświeżanie go z zewnątrz jest niemożliwym, gdyż sąsiedzi i konsumenci stawiają temu opozycję. Leje się więc z kucharzy i kucharek pot całemi strugami. W takim znajdując się stanie, muszą oni często wybiegać do spiżarni, w której znowu jest zimno, jak w lodowni. Nie więc dziwnego, że ta klasa ludzi ginie przedwcześnie od chorób, szczególnie w pośród niej rozwiniętych. Należy do nich przedewszystkiem alkoholizm i jego skutki; dalej następują: niedokrwistość, gruźlica płuc, reumatyzm, cierpienia wątroby ostre i chroniczne; wreszcie żylaki nóg, wrzody żylakowate, przepukliny i rozmaite wysypki dają się widzieć niemal u każdego kucharza. Rzecz prosta, że inne nie profesjonalne choroby bynajmniej nie szęczę kucharzy. Jest więc tu sporo przypadków zapalenia płuc, opłucnej i t. d.

Szczególną wiotkością odznacza się u kucharzy cały układ mięśniowy. Można jest prawie zawsze słabo napiętą i przez to wydłużoną, czasami do 15-u cm.

Straszne gorąco wywołuje powiększone pragnienie; osłabienie zaś wymaga, aby napój był krzepiącym. Ztąd też piją kucharze z początku wino, potem wódkę; absynt i cała serja środków gorzkich ma poprawić osłabione łaknienie. Stopniowo dochodząc do nadużyć, kucharze dobijają się wspomnianymi napojami.

Już alkoholizm sam usposabia do gruźlicy. Jeżeli nadmienimy, że większość kucharzy rozpoczyna swój zawód za młodu, niszcząc organizm swój wtedy, kiedy nie posiada on jeszcze dostatecznej odporności, że zmuszeni są oni ciągle przelatywać z podzwrotnikowo gorącej kuchni do zimnej spiżarni, że wreszcie wszyscy oni mają pewne stałe podrażnienie błon śluzowych dróg oddechowych, łatwo będzie zrozumieć, że choroba doskonale może się na takim gruncie rozwijać, że więc gruźlica musi być u tych ludzi bardzo częstą. Tak też jest rzeczywiście.

U innych wilgoć i zmienna temperatura wywołuje reumatyzm.

Cierpienia skórne, wypryski, odznaczają się nadzwyczajną uporczywością i nieustają nawet przy najenergiczniejszym leczeniu, jeżeli chory nie usunie się od zajęć kucharskich chociaż na kilka tygodni. Wtedy wszystko goi się doskonale. Dość jest jednak pacjentowi wrócić do zajęcia, a wnet wysypka znowu się pokazuje.

Cierpienia dróg pokarmowych są u kucharzy również bardzo uporczywe, gdyż ludzie ci jedzą bardzo nieregularnie, raz dniem, raz nocą, spożywając złe mię-

so i ciągle przytem kosztując rozmaite potrawy. Wielu z nich nigdy niema apetytu, zupełnie źle trawi, ma odbijania się, zgagę chroniczną, biegunkę lub zaparcie. U pijących widzimy często marskość wątroby; dość często występuje też żółtaczką ostrą.

Te i inne jeszcze choroby, rozpowszechnione pośród kucharzy zmusiły radę municypalną Paryża do wydania rozporządzenia następującej treści: Kuchnia musi mieć najmniej 3 m. długości 2,5 m. szerokości i 2,8 wysokości. Okna jej muszą wychodzić na ulicę, lub podwórko, mające najmniej 4,5 m. w kwadracie, nie zakryte. Musi w niej być o tyle jasno, aby dniem gaz nie był potrzebny. Musi w niej być staranna wentylacja. Podłoga ma być nieprzemakalna, gładka. Tę samą własność powinna mieć dolna część ściany do wysokości 1,5 metra. Pomieszczenie do zmywania statków musi być oddzielne. Śpiżarnia ma być od kuchni oddzieloną. Żadne miejsce ustępowe nie może znajdować się w pobliżu kuchni ani śpiżarni. To samo stosuje się do miejsca wypoczynku dla kucharzy.

L. Reuss. An. d'hygiène T. 23, Nr 6.

W. Janowski.

Dr Roth.

O SZERZENIU SIĘ TYFUSU ZA POŚREDNICTWEM MLEKA.

Wiadomą jest rzeczą, że w mleku rozwijają się bardzo dobrze niektóre z pasorzytów. Pokazały to badania Löffle'a, Raskin'ej, Kitasato i Hesse, którzy otrzymywali rozmaite hodowle na pożywkach, z mleka przygotowanych. Wiadomym jest powszechnie fakt, że laseczniki gruźlicze rozwijają się dobrze w mleku. Głośnem stało się również spostrzeżenie Klein'a (1885), że epidemje szkarlatyny zależą od zanieczyszczenia mleka swoistymi pasorzytami. Tyfus brzuszny może również za pomocą zakażonego mleka się szerzyć. Autor przytacza w swojej pracy 10 epidemij tyfusu brzuszego, powstałych skutkiem użycia mleka, zakażonego prątkami tej choroby.

W 8-iu przypadkach epidemja powstała wskutek zmywania naczyń, do mleka używanych, wodą, zanieczyszczoną wydzielinami z miejsc ustępowych. W dwóch przypadkach mleko było bezpośrednio kłem chorych tyfusowych zanieczyszczone. I trzecią tego rodzaju epidemję podaje autor. Miała ona miejsce w Belgradzie. Krowa roznosicielki mleka była zdrowa, ale mleko, zanim było roznoszone, stało w pokoju tuż przy łóżku jej córki, chorej na tyfus. Nie ulega więc wątpliwości, że mleko było tu pośrednikiem w zakażeniu. Co zaś do tego, jak ono samo zostało zanieczyszczone, istnieją dwie możliwe drogi: albo właścicielka krowy zanieczyszczała mleko

przy dojeniu nieczystymi palcami, albo też zanieczyszczenie miało miejsce w pokoju, wskutek opadnięcia w nie wyschłych rozmaitych zakażonych odpadków. Niebezpieczeństwo więc używania mleka bez wszelkich ostrożności jest widocznem. Dlatego też należy poddawać kontroli weterynaryjnej zwierzęta, mleko zaś należy zalecać sprzedającym trzymać w zakrytych naczyniach i w chłodnem miejscu. Niemożliwem będzie w ten sposób opadanie z powietrza rozmaitych zarazków do mleka, co dla dzieci ma zawsze pierwszorzędne znaczenie. Z drugiej jednak strony, konsumenci powinni przez ostrożność używać zawsze mleko tylko przegotowane. Jeżeli w domu właścicielki krowy wybuchnie jakakolwiek zakaźna choroba, należy osobę chorą usunąć od wszelkiej styczności nawet pośredniej z mlekiem, przeznaczonem do sprzedaży; jeżeli zaś to jest niewykonalnem, należy zabronić używać mleko aż do czasu zniknięcia choroby w domu osoby, mającej krowę.

W. Janowski.

Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. 1890. T. 22. str. 237.

POBIELANIE NACZYŃ SPŁAWEM MIEDZI Z NIKLEM.

Naczynia kuchenne, pobielane spławem trzech części miedzi i jednej części niklu, zostały zbadane przez pr. Garnier w Nancy. Okazuje się, że ile razy potrawa, ugotowana w takim naczyniu, jest kwaśną (kw. szczawiowy z cebuli, kw. mleczny z chleba), nabiera ona nieprzyjemnego i charakterystycznego smaku. Pobielenie więc to jest niebezpiecznem ze względu na możność otrucia przy użyciu takich naczyń w gospodarstwie domowem.

An. d'hygiène T. 24. Nr 1.

W. Janowski.

WYJAŁAWIANIE MLEKA ZA POMOCĄ GORĄCA, przez D-ra VINAY, prof. un. w LYONIE.

W celu zabicia pasorzytów w mleku, wyjąławianie za pomocą długotrwałego przegotowania jest najpewniejszym. Że jednak takie mleko trawi się inaczej, lepiej jest wyjąławiać je według następującej bardzo łatwej metody. Nalewa się w niewielkie naczynie tyle mleka, ile go na jeden raz dla dziecka potrzeba. Naczynie powinno być takie, aby mleko wypełniło je do szyjki. Ustawia się je po zakorkowaniu watą (Vinay), nad wodną kąpielą tak, aby dno do wody nie sięgało i ogrzewa się przez 35—40 minut. Wyjąławianie to nie jest, rozumie się, zupełnem; jednakże pasorzyty, wywołujące fermentację mleczną, giną przy nim zupełnie. A o niegłównie nam chodzi przy sztucznem karmieniu dziecka. Jakkolwiek takie mleko nie ścina się w ciągu kilku tygodni, jednak rozsądniej jest używać je nie później, jak w 6—8 godzin po dokonaniem wyjął-

wieniu. Nie ulega takie mleko żadnym zmianom w składzie cząstkowym, jakie zachodzą w mleku, które wrzało. Przytem nie tworzy się na nim korzuch, który, składając się w części z wapna i siarki, widocznie powstaje kosztem pewnych części rozpuszczalnych, wpływających bardzo na wartość płynu. Buteleczka z płynem powinna być trzymana w zimnem miejscu. Przed użyciem należy ją pogrążyć na kilka minut do ciepłej wody, ażeby mleko miało ciepłotę ciała ludzkiego. Wyjawszy następnie korek watowy, nasadza się na szyjkę buteleczki mamkę i daje się dziecku ssać. Raz odkorkowane mleko powtórnie użytym być nie może. Przelewanie mleka w inne naczynia nie powinno mieć miejsca, gdyż idzie właśnie o to, aby go nie zakażać pasorzytami, znajdującymi się w tych naczyniach. Ten sposób wyjaławienia nazywa się pasteryzacją. Drugi polega na wyjaławianiu mleka, również rozlanego w małe flakoniki, zawierające go tyle, ile dziecko na raz zużywa, w prądzie pary w ciągu jednej godziny.

Jak wiele znaczy używanie mleka jałowego, przekonywają nas badania Puteren'a, który wykazał, że przy karmieniu dzieci mlekiem krowiem znajdujemy w ich żołądku o 20% więcej rozmaitego rodzaju pasorzytów, niż wtedy, kiedy dzieci ssą pierś. Na zmniejszenie ilości bakterji wpływa również czystość dziecięcej jamy ustnej. Przy starannem przestrzeganiu jej bakterji prawie nie było. Łatwość mnożenia się bakterji w żołądku tłumaczy się tem, że kwas solny dopiero w koncentracji 1,6‰ przeszkadza fermentacji, a u dzieci znajduje się go 0,6‰—0,8‰. Dlatego też używanie jałowego mleka przy sztucznem karmieniu jest tak ważne. Jest ono w stanie nie tylko zapobiegać rozwinięciu się chorób przewodu pokarmowego u dzieci, ale nawet wyleczyć je z choroby już istniejącej, jak to pokazały badania z polikliniki Lipskiej. Otrzymane tą drogą wyniki były tak dobre, że zarząd Lipska nakazał aptekarzom mieć letnią porą mleko, poddane pasteryzacji. Autor twierdzi, że w przypadkach, w których używanie jałowego mleka samego przez się nie daje jeszcze pożądaných wyników, należy je rozcieńczać przed wyjałowieniem wodą w odpowiednim stosunku, gdyż zwykle takie mleko zawiera zawiele kazeiny. Jest rzeczą ważną, aby mleko wyjaławiano wkrótce po wydojeniu, gdyż w przeciwnym razie zdążą w nim rozwinąć się przed wyjałowieniem jeszcze pasorzyty w takiej ilości, że produkty ich przemiany, ptomainy, zrobią mleko do użytku niezdatnem.

W. Janowski.

An. d'hygiène. 1890 T. 24. Nr 1.

OKREŚLENIE ILOŚCI TŁUSZCZU W MLEKU, ŚMIETANCE I INNYCH PRZETWORACH MLECZNYCH.

Sposób Stokesa: 10cm³ mleka świeżego wlewa się do naczynia (ze skalą do 50cm³) i dodaje się stężonego kwasu solnego do 20cm³ objętości. Jeżeli mleko jest skwaszone, wtedy odważyć należy 10 grm. i splukać kwasem solnym by mieszanina wyniosła 20 ctm³.

Mieszanina zagrzewa się do wrzenia, kłóćąc często, a kiedy stanie się ciemną, pozostawia się w spokoju przez 3 minuty; ciecz staje się wtedy jeszcze ciemniejszą; pogrąża się potem naczynie w wodę zimną a następnie dodaje się eteru do 50 ctm³. Po zakorkowaniu trzeba kłócić przez ½ minuty, następnie zaś odstawić na 5 minut. Z warstwy eteru bierze się 20 ctm³ na miseczkę, wyparowuje się eter, a reszta, t. j. tłuszcz, waży się. Następnie mierzymy objętość pozostałego eteru. Ta czynność często jest utrudnioną przez warstwę sernika, która się tworzy między ciemną warstwą mleka i jasną—wyciągu eterowego. W tym razie można z dostateczną dokładnością przyjąć, że w warstwie jasnej ¾ stanowi wyciąg eterowy.

Znając całą objętość wyciągu eterowego i ilości zawartego w nim tłuszczu, obliczamy ilość tłuszczu w mleku.

Mieszaninę kwasu solnego i mleka należy gotować nie dłużej nad 2 minut. Mleko, zmieszane z dużą ilością wody, nie ciemnieje, ponieważ zawiera zbyt małą ilość cukru mlecznego; mleko zgęszczone lub słodzone prawie czernieje.

Całe postępowanie powyżej opisane wymaga 20 minut czasu; nie jest jednak mniej dokładnem od innych.

Badano np. mleko ciężaru właściwego 1,031 zawierające 12% części stałych, ztąd ilość tłuszczu wliczono=3,54%. Przy postępowaniu zaś powyżej opisanem z 10ctm³-ami tegoż mleka, w 20ctm³ wyciągu eterowego znaleziono 0,277 grm. tłuszczu, w naczyniu zostało 6,5 ctm³ wyciągu. Ztąd ilość tłuszczu=

$$\frac{0,277 \cdot 26,5}{2 \cdot 1,031} = 3,55\%$$

Budzyński, który sprawdzał różne sposoby określania tłuszczu w mleku—przyznaje powyższemu dokładność. Zbudował on przyrząd, w którym gotuje mieszaninę mleka i kwasu solnego i kłóci mieszaninę tę z eterem.

Mleko hermetycznie zamknięte w czystym metalowem naczyniu po kilkakrotnem przegotowaniu trwało bez zmiany przez lat trzy. Doświadczenie to zrobiono w Londynie.

Proszek z mleka. W Stendorf wyrabiają łatwo rozpuszczalny w wodzie proszek z mleka. Do dziś wię-

kszość proszków podobnych rozpuszczała się w wodzie dopiero po dodaniu syropu cukrowego.

Wino mleczne. We Francji przygotowują je podług recepty prof. Dujardin-Beaumetz'a: 1 litr mleka, 10 grm. cukru i 4 grm. drożdży, wlewa się do czystej butelki, kłóci się dobrze i mocno zakorkowane, stawia w chłodnym miejscu.

Rada zdrowia m. Lipska poleciła następujący szemat karmienia dzieci mlekiem zjałowionem:

	mleka krowiego	wody	Ekstraktu słod.	Ilość porcji
W 1 mies.	350	250	3 $\frac{1}{2}$ łyż. mał.	8 razy po 75cm. ³
2	450	400	4 $\frac{1}{2}$	7 128
3	550	400	5 $\frac{1}{2}$	7 136
4	650	350	5	7 143
5	750	250	4	6 166
6 i 7	850	150	4	6 166
od 8	1000	czystego mleka	6	6 166

(List. norm. stol.)

Ster.

DYM TYTONIOWY I MIĘSO.

Dr Bourrier, jeden z inspektorów lekarskich m. Paryża, zrobił doświadczenie następujące: 4 funty mięsa wołowego poddał kilkunastogodzinnemu działaniu dymu tytoniowego. Mięsa tego niechciał jeść zgłodniały pies. Porąbane na drobne kawałeczki zmieszano mięso to z innym pożywieniem i dał psu, który po zjedzeniu zdechł przy objawach otrucia. Toż samo powtórzyło się przy doświadczeniu z cielęciną i kociem mięsem: szeszyry niem karmione pozdychały, pomimo że mięso przewędzone w dymie tytoniowym pieczono następnie, przyczem część dymu została wypartą. Wniosek ze swych doświadczeń B. stawia taki: niedopuszczać dymu tytoniowego do rzeźni, jatek, kuchni, jadalni nawet, ponieważ małe ilości nikotyny, nie wywołując objawów zatrucia, wywołują zaburzenia w trawieniu.

(Allg. med. C. Z. Nr 10)

Ster.

PALENIE TYTONIU.

Dr. Walicka badała wpływ tytoniu na organizm 1000 robotników pracujących w 12 fabrykach tytoniowych w południowej Rosji. Rezultaty swych badań przynosi autorka i na palaczy, opierając się na doświadczeniach nad zwierzętami; te ostatnie jednakowo reagowały, w wypadkach gdy im pod skórę wstrzykiwano nikotynę, lub gdy oddychały dymem tytoniowym.

Otóż skutki wpływu tytoniu wykazały:

1. Zmniejszenie się wagi ciała pracujących w fabrykach dzieci.
2. Zmniejszenie pojemności klatki piersiowej.

3. Skrócenie długości życia w ogóle.

4. Objawy nerwowe.

Przeciw wnioskowi autorki możnaby tylko nadmienić że wielka część ujemnych skutków pracy w fabrykach tytoniowych odnieść się da nie do nikotyny, lecz do ujemnych warunków pracy fabrycznej w ogóle. Co się tyczy dzieci w szczególności, to ujemny wpływ palenia tytoniu na nich tak się wyraża:

1. *Złe postępy w naukach* wskutek wpływu nikotyny na mózg.

2. *Złe sprawowanie* wskutek rozwijających się wrażliwości, rozdrażnienia i zbytnej pobudliwości systemu nerwowego.

3. *Ogólne wycieńczenie* i bezkrwistość, jako skutek a) gorszej przyswajalności materji azotowych [wpływ dyspeptyczny nikotyny], b) bezsenności i braku apetytu.

4. *Zbyt wczesne* zjawienie się popędu płciowego.

5. Rozwój chorób nerwowych lub ich pogorszenie.

(Ziemsk. Wr. Nr. 7 i 9).

Dr Lyman podaje następujące skutki, które palenie tytoniu za sobą pociąga:

1. bicie serca, 2. brak apetytu, 3. dyspepsja, 4. zapalenie gardła, 5. katar nosa, 6. osłabienie wzroku, 7. zwiększony popęd do wyskoku.

Ster.

STATYSTYKA ŚMIERTELNOŚCI PODŁUG ZAJĘĆ W ANGLJI.

Dr Ogle ogłosił sprawozdanie ze śmiertelności w Anglji za ostatnie lat dziesięć. Prócz podziału podług professji [100] istnieje podział śmiertelności wśród robotników na 2 kategorie: od 25 do 45 lat i od 45 do 65. Oto ciekawsze cyfry, obliczone „pro mille.“

Śmiertelność ogólna od 25—45 lat wynosi 10, 16, a od 45 do 65 wynosi 25, 27.

Z tego wśród osób mających zajęcie określone, w pierwszej kategorii śmiertelność wynosi —9,71, w drugiej —24,63; a wśród osób, nie mających zajęcia określonego, w 1 kategorii —32,43, w drugiej —36,20.

Powyżej normy [dla 1 ej kat. wiekowej —17 $\frac{0}{100}$, a 2-iej —55 $\frac{0}{100}$] stoi śmiertelność: lekarzy, muzykantów, woźniców, szynkarzy, oberżystów, fryzjerów, robotników wszelkich zakładów przerabiania metali, kamieniarzy, górników, zdunów, stróży, posłańców, wyrobników. Niżej normy jest śmiertelność: nauczycieli, rybaków, księgarzy, a szczególnie fermerów, rolników, ogrodników, najniższa zaś [4,64 $\frac{0}{100}$ i 15,93 $\frac{0}{100}$] wśród duchowieństwa.

(Annales d'hygiène Nr 4)

Ster.

WIADOMOŚCI DROBNE.

W armji francuzkiej profilaktyka suchot dała wyraźne skutki: W roku 1867 umierało na suchoty w wojsku francuzkiem 2,230/0, w roku 1877—1,450/0, w r. 1889—0,990/0. (Scm. Med. N. 9).

Wśród dzieci w Stanach Zjednoczonych Am. Płn. umiera:

- 1) Czwarta część (29,80%) nie dorósłszy 5 ciu lat;
- 2) połowa z powodu chorób przewodu pokarmowego;
- 3) w miastach dwa razy więcej, niż na ws; a-tem więcej, aniżeli w zimie;
- 4) trzy czwarte wszystkich wypadków śmierci od zapalenia płuc stanowią wypadki u dzieci. (The Brit. Med. Journ.).

W Stanach Zjedn. Am. płn. znajdowało się (w roku 1880):

Chorych umysłowo	91,997
Idjotów	76,895
Ślepych	48,928
Głucho-niemych	33,878

Z liczby obłąkanych 40,942 znajduje się w zakładach, 51,055 poza zakładami.

Na 100,000 mieszkańców wypada obłąkanych	18
mężczyzn	17
kobiet	19
białych	19
indjan i murzynów	9
urodzonych w Ameryce	15
przyjezdnych	39

(The Medico-Legal journal).

Pewien aptekarz holenderski urządził lalkę z maszyny podobną do tej, jaką widzimy w automatach wyrzucających np. czekoladę za włożeniem do odpowiedniego otworu pieniędzy. Lalka ta ma otwory odpowiadające różnym narządom, a za włożeniem przez chorego pieniędzy do organu odpowiadającego narządowi, na który cierpi, lalka wyrzuca mu „lekarstwo.“ Przynajmniej szczerze!

Redaktor i Wydawca **J. Polak.**

Redakcja uprasza o łaskawe nadsetanie wszelkich wiadomości z praktyki higienicznej w kraju, oraz sprawozdań z działalności instytucyj, zakładów, stowarzyszeń, o ile takowe mają związek z higieną. Przytem re-pakcja uprasza szanownych korespondentów, by raczyli załączać nazwiska swe i adresy z nadmienieniem czy takowe mają być drukowane lub nie.

W Redakcji „Zdrowia“ są do nabycia następujące książki:

B. Danielewicz. Ludność m. Warszawy w obrazach graficznych (dwanaście tablic graficznych litografowanych w kolorach. Cena rs. 1 kop. 20, z przesyłką rs. 1 kop. 35.

J. Polak. Praktyka szczepienia ospy ochronnej. Cena kop. 75, z przes. kop. 90.

J. Polak. O znaczeniu sztuki lekarskiej i o stanowisku lekarzy. Cena kop. 60, z przesyłką kop. 70.

J. Polak. „Kalendarz lekarski“ na r. 1890. Cena rs. 1 kop. 20, z przesyłką rs. 1 k. 40.

A. Malinowski. Rys historyczny rozwoju zakładów dobroczynnych w Król. Polskiem. Cena kop. 30, z przesyłką kop. 40, (odb. ze „Zdrowia.“)

J. Polak. Pielęgnowanie głosu, według dzieła Mackenziego. Cena kop. 60.

Soxhlet. Mleko dla dzieci i odżywianie ssawców, przeł. St. Prauss. (odb. ze „Zdrowia“) Cena kop. 10, z przesyłką kop. 15.

J. Kuniewicz. Jak zabezpieczyć rodziców od chorób połogowych. Cena kop. 15, z przesyłką kop. 20.

Katalog wystawy higienicznej, z planem cena kop. 40, z przesyłką kop. 50.

Plany wystawy oddzielne po kop. 10.

Adres Redakcji: Śto-Krzyżka 25.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie

zniżenie ceny

Dr. Tadeusza Żulińskiego

HIGIENA SZKOLNA.

Wydanie pośmiertne do druku przygotowane i uzupełnione przez Dr. K. Grabowskiego. Kraków 1886. str. 209.

Cena pierwotna 1 złr. 60 kr. Cena zniżona 1 złr.

Nabywać można we wszystkich księgarniach, oraz w zarządzie wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie (ul. Św. Krzyża Nr 3).

GRZYBKI KEFIROWE

służące do otrzymywania KEFIRU

posiada na składzie Apteka

WENDY i WIOROGÓRSKIEGO

Krakowskie Przedmieście 45.

Nabywać również można broszurkę objaśniającą sposób robienia i używania kefiru w cenie kop. 15.

Wiosenna kuracja

KEFIREM I KUMYSEM

w Saskim Ogrodzie we własnym pawilonie

ZAKŁAD GŁÓWNY

Królewska N. 31,

Filja Rymarska N. 16.

Do wyrabiania zaś kefiru w domu dla chorych wyjeżdżających na wieś i zagranicę przywiozłam z Kaukazu grzybki kefirowe mikroskopijne zbadane jako zupełnie **zdrowe**, do których dołącza się przepis i **broszurka** własnego wydania.

Klaudja Sigalina

członek paryskiej akademii Nationalnej.

Nagrodzona oprócz 14 różnemi medalami **WIELKIM MEDALEM ZŁOTYM** i 2 mention honorable na 2-eh wystawach w Paryżu w r. 1889/90 i przeszło 2000 listów dziękczynnych od chorych, którzy się od różnych chorób wewnętrznych zupełnie wyleczyli.

BULJONY z fabryki **Wł. Kleczkowskiego** zdrowym i chorym, jako pokarm pożywny i lekkostrawny poleca skład główny: Warszawa, Topiel 16 m. 13. róg Oboźnej. *Lopaciński.*

Nakładem Gebethnera i Wolffa

opuściły prasę

DWIE KSIĘGI HIPOKRATESA

Książka ta przełożona na język polski i opatrzona licznemi przypisami przez **Dr. Henryka Łuczkiwicza**, zawiera kwestje lekarskie mające dla każdego lekarza niezaprzeczoną wartość. Główne działy są: I-szy o powietrzu, wodach i okolicach, II gi O leczeniu pierwotnem, III-ci Przykazanie (Hipokrata).

Cena dzieła w ozd. wydaniu rs. 1 z przesyłką pocztą rs. 1 kop. 20, do nabycia we wszystkich księgarniach.

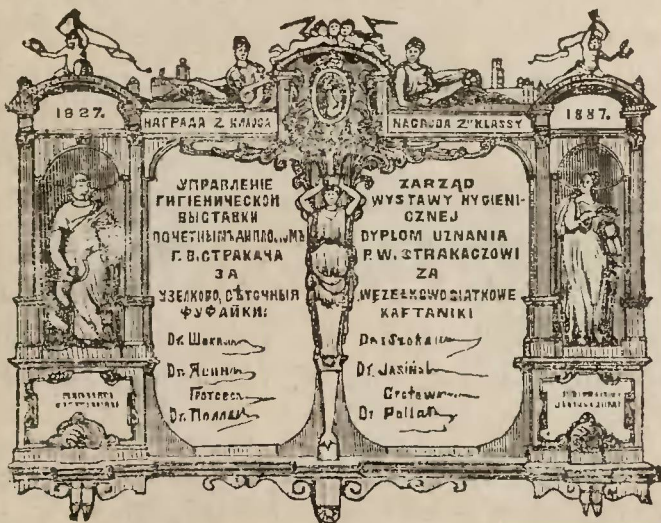
HYGIENICZNE KOSZULKI SIATKOWE

➔ *które każdy dbający o swe zdrowie nosić powinien.* ➔

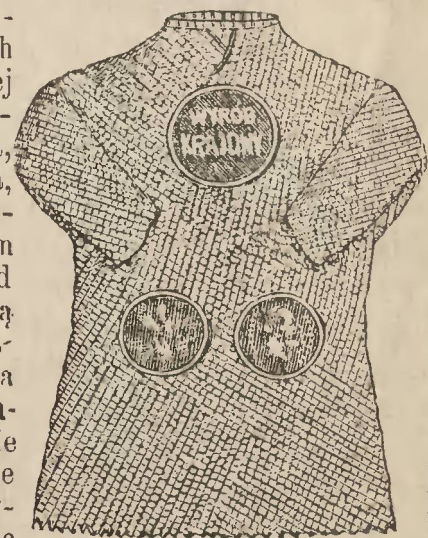
Bezwarunkowo zasługują na wyjątkową uwagę i szerokie rozpowszechnienie

➔ Zabezpieczające od przeziębienia ➔

KOSZULKI SIATKOWE NORMUJĄ TEMPERATURĘ CIAŁA



gdyż między skórą a koszulką zwykłą w szerokich oczkach koszulki siatkowej znajduje się zawsze warstwa wolnego powietrza, ogrzanego ciepłotą ciała, a zatem najodpowiedniejszej temperatury, przytem koszulki siatkowe pod względem ekonomicznym są najpraktyczniejszemi bo Tanie, Trwałe i Czyste, piora się zwyczajnie (**bez mąglowania**) i nigdy nie kurczą. Koszulki siatkowe są zawsze gotowe na wszystkie miary, wysyłają się



odwrótną pocztą w dowolnej ilości rachując za przesyłkę od jednej do tuzina kop. 75, w ilości więcej nad tuzin—franco; pieniądze należy przesyłać pocztą wraz z obstalunkiem. Ponieważ koszulki siatkowe są elastyczne i wyciągają się w szerokość i długość, przeto do miar poniżej oznaczonych, każdy wzrost i tuszę zastosować można.

Koszulki Siatkowe z grubej bawełny dla dzieci, małe	rs. — k. 60,	średnie	rs. — k. 90,	duże	rs. 1 k. 25
" " " " " " " " " "	" " 1 " 75	" " 2 " —	" " 2 " 50	" " 2 " 90	" " 2 " 25
" " z czystej wełny " " " " " "	" " 2 " 20	" " 1 " 16	" " 3 " 50	" " 4 " 50	" " 7 " 20
" " " " " " " " " "	" " — " 75	" " 1 " 16	" " 3 " 50	" " 4 " 50	" " 7 " 20
" " z czyst. jedw. grub. dziecinne " " " " " "	" " 2 " 50	" " 1 " 16	" " 3 " 50	" " 4 " 50	" " 7 " 20
" " " " " " " " " "	" " 2 " 50	" " 1 " 16	" " 3 " 50	" " 4 " 50	" " 7 " 20
" " " " " " " " " "	" " 5 " 75	" " 6 " 50	" " 6 " 50	" " 7 " 20	" " 7 " 20

Adres: do specjalnego Składu bielizny Władysława Strakacz Miodowa № 15 w Warszawie. Tamże znajduje się Wyłączny Skład Wyrobów z prawdziwej Wełny Sosnowej od Reumatyzmu Skład Normalnych Wełnianych ubrań systemu Dr. Jaegera i Agentura Alpejskiego Sosnowego Olejku i Ekstraktu do kąpieli Józefa Mack z Reichenhal. Specjalne Cenniki wysyłają się franco.